

## Verwijzing behandeling protonentherapie hoofd-halstumor

\* = verplicht

**Achternaam patiënt\***

**Voornaam patiënt\***

**Geboortedatum patiënt\***

**Adres patiënt\***

**BSN patiënt\***

**Naam aanvrager\***

**Bij eerste verwijzing s.v.p. AGB code van aanvrager invullen**

**Voor een behandeling met protonentherapie zijn onderstaande gegevens nodig, indien aanwezig.  
Kunt u aanvinken welke items u heeft en opstuurt?**

Verwijsbrief voor behandeling (incl. voorgeschiedenis en medicatielijst)

Beeldvorming + verslag

CT-hoofdhals

CT-Thorax

MRI-hoofdhals

PET-CT-hoofdhals

Echo hals

Panendoscopie verslag

Röntgen

Relevante PA verslag(-en)

MDO verslag

OK verslag(-en) (indien van toepassing)

Nierfunctie (eGFR) (niet ouder dan 6 maanden)

Brief van consult kaakchirurgie (dentale status)

Overige correspondentie (bijv. pacemaker)