**RIZIV Nr dossier : ………………………………………………**

**Gegevens verwijzend Centrum Radiotherapie**

Instituut -Ziekenhuis : **………………………………………………**

Adres : **………………………………………………**

Postcode - Gemeente : **……………………………………………**

Telefoon : **………………………………………………**

Fax : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Contactpersoon : **………………………………………………**

**Gegevens patiënt**

Voornaam : **………………………………………………**

Naam : **………………………………………………**

Geslacht : **………………………………………………**

Geboortedatum (DD.MM.YYYY) : **………………………………....**

Adres : **………………………………………………**

Postcode - Gemeente : **……………………………………………**

Telefoon : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Contactpersoon : **………………………………………………**

(als verschillend van patiënt)

INSZ nummer patiënt : **………………………………………………**

**Verzekeringsinstelling (mutualiteit) patiënt : …………………**

Adres : **………………………………………………**

Contactpersoon : **………………………………………………**

Telefoon : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

**Hadrontherapie Centrum (behandelend)**

Instituut : **………………………………………………**

Adres : **………………………………………………**

Postcode Gemeente : **………………………………………………**

Telefoon : **………………………………………………**

Fax : **………………………………………………**

E-mail : **………………………………………………**

Contactpersoon : **………………………………………………**

**Medische Informatie patiënt**

**1. Te behandelen aandoening** (Type / localisatie tumor ….) : **………………………………**

**Kinderen ( < 20 jaar) (cfr. gepubliceerde lijst website RIZIV)**

* Chordoma van de schedelbasis, (paras)pinaal
* Chondrosarcoma van de schedelbasis
* “adult soft tissue” sarcoma , (para)spinaal
* Sarcoma van het bekken
* Rhabdomyosarcoma
* Ewing's sarcoma
* Retinoblastoma
* “Low-grade” glioma
* Ependymoma
* Craniopharyngeoma
* Parenchymale tumoren van de pijnappelklier
* Esthesioneuroblastoma
* Medulloblastoma / primitieve neuroectodermale tumoren (PNET)
* Germinoma van het centraal zenuwstelsel
* Niet resecteerbaar osteosarcoma
* ATRT (atypical teratoid rhabdoid tumor)
* Osteosarcoom (niet-reseceerbaar, niet-gemetastaseerd)
* Primaire tumoren van het centraal zenuwstelsel waarbij een craniospinale-as bestraling noodzakelijk is, met curatief opzet
* Meningioma

**Volwassenen (cfr. gepubliceerde lijst website RIZIV)**

* Oculair melanoma
* Chordoma van de schedelbasis, paraspinaal of sacraal
* Chondrosarcoma/sarcoma van de schedelbasis, paraspinaal of sacraal
* Meningioma
* Arterio- veneuze malformaties (AVM), intracerebraal
* Medulloblastoma
* Malignant mucosal melanoma “
* “adenoid cystic carcinoma”
* Carcinoma van de speekselklier
* Primaire tumoren van het centraal zenuwstelsel waarbij een craniospinale-as bestraling noodzakelijk is, met curatief opzet

**2.** **« Mobility status » van de patiënt (« WHO/ECOG specification»)\*\***

* (0) Fully active, able to carry on all pre-disease performance without restriction
* (1) Restricted in physically strenuous activity but ambulatory and able to carry out work of a light or sedentary nature, e.g., light house work, office work
* (2) Ambulatory and capable of all self-care but unable to carry out any work activities. Up and about more than 50% of waking hours
* (3) Capable of only limited self-care, confined to bed or chair more than 50% of waking hours
* (4) Completely disabled. Cannot carry on any self-care. Totally confined to bed or chair

\*\* *Oken, M.M., Creech, R.H., Tormey, D.C., Horton, J., Davis, T.E., McFadden, E.T., Carbone, P.P.: Toxicity And Response Criteria Of The Eastern Cooperative Oncology Group. Am J Clin Oncol 5:649-655, 1982.*

**3. Behandeling**

* « Proton » therapie
* « Carbon ion » therapie

**4. Datum afspraak (DD.MM.YYYY)**

* Op …../…../……….
* Snelst mogelijke afspraak

**5. Medische documentatie in aanvraagdossier**

* MOC-verslag (Multidisciplinar Oncological Consult), met registratieformulier, of multidisciplinair verslag (niet oncologische aandoeningen)
* Positief advies van hadrontherapie centrum
* Medische documenten on CD-Rom/DVD

***6. Andere behandelingen reeds uitgevoerd met betrekking tot de aandoening waarvoor verwezen***

* Geen
* Behandeling :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Soort behandeling*** | ***Beschrijving (chirurgie-interventie, medicatie, bestraling, etc.)*** | Van/op | Tot | Lopende |
| *Chirurgie-interventionele ingreep (e.g. hart catheterisatie)* |  |  |  |  |
| *Medicatie (e.g. Chemotherapie of andere)* |  |  |  |  |
| *Bestraling ( voeg vorige bestralingsprotocollen toe)*  |  |  |  |  |
| *Andere* |  |  |  |  |

**7. Andere relevante diagnosen en medische antecedenten :**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

**8. Bijkomende informatie (o.a. mogelijke tegenindicaties?)**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

 **………………………………………………………………………………………………**

**Datum indienen dossier : ………….**

**Aantal bijgevoegde documenten : …………**