

VERWIJSFORMULIER NETWERK LONGEN

Plak patiëntsticker of vul in:

Naam patiënt:

Geboortedatum:

M V

BSN-nummer:

Telefoonnummer:

Verwijzer: huisarts longarts internist

Naam verwijzer:

Verwijsdatum:

Handtekening:

VERWIJSDIAGNOSE

COPD

GOLD classificatie (letter, getal):

Longfunctiegegevens:

Astma

ILD

Ademdysregulatie

COVID-19

Anders:

Diagnosecode:

Startdatum behandeling:

Datum aanvraag:

AGB-code en stempel praktijk:

Exacerbatie/ longaanval: ja nee

Datum laatste longaanval:

Aantal afgelopen jaar:

Opname ziekenhuis: ja nee

Opname duur: dagen

Ontslag datum:

Volledig cardiaal belastbaar: ja nee

Behandeling aan huis: ja nee

Fase: (Re)activering Palliatief

AANVULLENDE INFORMATIE M.B.T. COMORBIDITEIT / FYSIEK / PSYCHISCH

Hartfalen DM Anders:

Overige hulpverlening:

INDIEN BESCHIKBAAR; GAARNE UITSLAGEN SPIROMTRIE EN/OF CPET MEESTUREN

AANVULLENDE INFORMATIE