NETWERK HAND/POLS

Noordwest Ziekenhuisgroep

Noordwest Orthopedisch centrum

BNW BEWEEGT DE ZORG

# VERWIJSFORMULIER NETWERK HAND/POLS

*Plak patiëntsticker of vul in:*

Naam patiënt:

Geboortedatum: ☐ M / ☐ V

BSN-nummer:

Telefoonnummer:

Verwijzer ☐ Huisarts ☐ Orthopedisch chirurg ☐ Revalidatiearts ☐ Plastisch chirurg ☐ Traumachirurg ☐ Reumatoloog

☐ Verwijsdatum / ☐ OK datum:

Handtekening:

Aangedane zijde ☐ Rechts ☐ Links

Recidief: ☐ Ja ☐ Nee

Gele vlaggen: ☐ Ja ☐ Nee

Toelichting:

Diagnosecode:

Startdatum behandeling:

Datum aanvraag:

AGB-code en stempel praktijk:

Diagnose huisarts:

Behandeling:

Voorgesteld beleid:

## TOEGEVOEGDE ONDERZOEKEN

☐ Echo ☐ Röntgenfoto

☐ MRI ☐ CT-scan

☐ Anders, nl:

## AANVRAAG BEHANDELING

☐ Handtherapie

☐ Consult met rapportage per e-mail

## AANVULLENDE INFORMATIE

***Onderstaande velden in te vullen door specialist***

## DIAGNOSE

☐ Duimbasis arthrose

☐ Dupuytren

☐ Fractuur

☐ Mallet finger

☐ Midcarpale instabiliteit

☐ Polyarticulaire arthrose

☐ Reumatoïde artritis

☐ Triggerfinger

☐ Anders, nl:

## POSTOPERATIEF D.D.

☐ Trapeziëctomie / Burton plastiek

☐ Osteosynthese polsfractuur

☐ Ostesynthese phalanx fractuur

☐ Partiele fasciectomie/ Dupuytren

☐ Tenorafie/ peesletsel/ peestransfer

☐ Anders, nl:

## BEHANDELADVIEZEN

☐ Volgens protocol

☐ Oefenstabiel: ☐ ja / ☐ nee

☐ Overig: