



### **OLV Ziekenhuis**

Moorselbaan 164  
9300 Aalst  
T. 053 72 41 11  
F. 053 72 45 86

Bloklaan 5  
1730 Asse  
T. 02 300 61 11  
F. 02 300 63 00

www.olvz.be

### **OLV BORSTKLINIEK**

borstkliniek@olvz-aalst.be  
www.borstkliniek.be

### **Medisch Coördinator**

Dr. Roelstraete A.

### **Verpleegkundig Coördinator**

De Grauwe A.

### **Algemene Heelkunde**

Dr. Van Slycke S.

### **Fysische Geneeskunde en Revalidatie**

Dr. Defrancq D.  
Dr. Vermeersch G.

### **Gynaecologie en**

### **Verloskunde**

Dr. Stukkens K.  
Dr. Traen K.  
Dr. Van den Haute J.

### **Klinisch Psychologen**

Van Keymeulen T.

### **Medische Beeldvorming**

Dr. Bladt O.  
Dr. Boelaert I.  
Dr. Cassiman L.  
Dr. Kersschot E.  
Dr. Leyman P.

### **Medische Oncologie**

Dr. Huygh Gr.  
Dr. Vroman Ph.

### **Nucleaire Geneeskunde**

Dr. De Bondt P.  
Dr. De Winter O.  
Dr. Van Crombrugge P.

### **Pathologische Ontleedkunde**

Prof. Dr. De Raeve H.  
Dr. Jeuris W.  
Dr. Schelfhout A.M.  
Dr. Van Der Steen K.

### **Plastische, Reconstructieve en Esthetische Heelkunde**

Dr. Fabré G.  
Dr. Lefèvre L.  
Dr. Vandervoort M.

### **Radiotherapie-Oncologie**

Dr. Bral S.  
Dr. Roelstraete A.  
Dr. Vandeleeuw A.  
Dr. Verbeke L.

### **Sociaal verpleegkundigen**

Biebaut A.  
De Roo N.  
Houbracken L.  
Van den Borre T.  
Vranken R.

## **Medisch voorschrift**

# **Kinesitherapie na sentinelklierprocedure**

### **Patiënt identificatie of klever van het ziekenfonds**

Naam en voornaam gerechtigde:

Adres:

Geboortedatum:

Verzekeringsinstelling:

Inschrijvingsnummer:

### **Identificatie van de aanvrager**

Datum:

Stempel en handtekening:

Aanvraag voor kinesitherapeutische zorgen

### **Indicatie**

Mammacarcinoom

links  rechts

Postoperatieve status na  
met sentinelklier procedure

gehele  partiële mastectomie

Datum ingreep: .... /..../.....

### **Behandelingsplan**

#### *Aard van de behandeling*

Actieve oefentherapie

Passieve mobilisatie

.....

#### *Lokalisatie*

linker schouder

rechter schouder

linker arm

rechter arm

#### *Aantal verstrekkingen*

..... ( max 9; max 1 maal te vernieuwen)

#### *Frequentie*

..... x per week

#### *Startdatum behandeling*

..... / ..... /.....