**Formulier Verlenging Opname ELV**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens Verzekerde** | |
| **Naam** |  |
| **Geboorte datum** |  |
| **BSN** |  |
| **Verzekeringsnummer** |  |
|  | |
| **Gegevens Instelling** | |
| **Naam instelling (locatie)** |  |
| **Adres instelling** |  |
| **AGB code instelling** |  |
| **Naam en functie aanvrager (contactpersoon)** |  |
| **Telefoonnummer aanvrager** |  |
| **E-mailadres aanvrager** |  |
|  | |
| **Gegevens Zorgvraag** | |
| **Startdatum ELV-traject** |  |
| **Behandelplan aanwezig** | Ja / nee |
| **Wat voor zorg betrof het bij de start?** | Laagcomplex / Hoog complex / Palliatief |
| **Wie heeft de indicatie voor het ELV vastgesteld?** | huisarts / medisch specialist (transferverpleegkundige) / anders namelijk: ............... |
| **Wat was de aanleiding (indicatie) voor de ELV opname?**  *(benoem de belangrijkste stoornissen en beperkingen)* |  |
| **Is de aanleiding (indicatie) gedurende de ELV opname verandert?**  *(Zo ja, welke verandering heeft er plaatsgevonden?)* |  |
| **Welke zorgbehoefte bestaat er momenteel op lichamelijk, psychisch en sociaal gebied?**  *Toelichting; Hiermee willen wij een indruk krijgen over de aard en de noodzaak van de ingezette behandeling.* |  |
| **Wat voor zorg betreft het bij de verlenging?** | Laagcomplex / Hoog complex / Palliatief |
| **Wordt ontslag naar huis nog steeds haalbaar geacht/verwacht?** |  |
| **Verwachte ontslagdatum  (duur verlenging)** |  |
|  | |
| **Ondertekening** | |
| **Datum:** |  |
| **Naam behandelend arts** |  |
| **Email behandelend arts** |  |
| **Telefoonnummer behandeld arts** |  |

Formulier versturen naar: [elvmedischadvies@dsw.nl](mailto:elvmedischadvies@dsw.nl)