

VERLENGING GZSP**GEGEVENS VERZEKERDE**

Naam _____

Geboortedatum - - _____

BSN _____

Verzekernummer _____

GEGEVENS AANVRAGER

Naam instelling (locatie) _____

Adres instelling _____

Postcode en woonplaats _____

AGB-code instelling _____

Naam en functie aanvrager
(contactpersoon) _____

Telefoonnummer aanvrager _____

E-mailadres aanvrager _____

GEGEVENS ZORGVRAAG

Startdatum GZSP-traject - - _____

Wat voor zorg betrof het bij de start?

Zorg in een groep aan kwetsbare patiënten.

Zorg in een groep aan patiënten met een lichamelijke handicap en/of aan patiënten met niet aangeboren hersenletsel

Zorg in een groep aan patiënten met de ziekte van Huntington

Wie is de verwijzer van de GZSP?

Huisarts	Revalidatiearts
Arts verstandelijk gehandicapten	Psychiater
Neuroloog	

Wie is de regiebehandelaar van de GZSP?

Specialist ouderengeneeskunde	Orthopedagoog generalist
Arts verstandelijk gehandicapten	Klinisch (neuro-)psycholoog
GZ-psycholoog	Psychotherapeut

Wat is de diagnose en stoornis(sen)?

Wat was de aanleiding voor de inzet van de GZSP?
(benoem de belangrijkste stoornissen en beperkingen)

Is de aanleiding voor de inzet van GZSP gedurende de behandeling veranderd?
(Zo ja, welke verandering heeft er plaatsgevonden?)

Wat is de omvang van de behandeling in groepsverband?
(benoem het aantal dagdelen)

Welke actuele behandeldoelen zijn er?

Toelichting: Hiermee willen wij een indruk krijgen over de aard en de noodzaak van de ingezette behandeling. Wanneer wordt verwacht dat de doelen zijn bereikt? Welke interventie zal per doel worden ingezet?

Wat is de verwachte tijdsduur van de verlenging van de geneeskundige zorg binnen de GZSP?

ONDERTEKENING

Datum _____ - _____ - _____

Naam regiebehandelaar _____

E-mailadres regiebehandelaar _____

Telefoonnummer regiebehandelaar _____

U kunt het ingevulde formulier opslaan en mailen naar gzspmedischadvies@dsw.nl.

Om een goede beoordeling te kunnen doen, ontvangen wij tevens graag het behandelplan via een beveiligde mail (Zivver/ZorgMail).