

VERLENGING OPNAME ELV

GEGEVENS VERZEKERDE

Naam _____
Geboortedatum ____ - ____ - _____
BSN _____
Verzekernummer _____

GEGEVENS INSTELLING

Naam instelling (locatie) _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
AGB-code instelling _____
Naam aanvrager (contactpersoon) _____
Functie aanvrager _____
Telefoonnummer aanvrager _____
E-mailadres aanvrager _____

GEGEVENS ZORGVRAAG

Startdatum ELV-traject ____ - ____ - _____
Behandelplan aanwezig ja nee

Wat voor zorg betrof het laag complex hoog complex palliatief
bij de start?

Wie heeft de indicatie voor huisarts medisch specialist (transferverpleegkundige)
het ELV vastgesteld? 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 veranderd?

(Zo ja, welke verandering heeft er plaatsgevonden?)

ja nee

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?

laag complex

hoog complex

palliatief

Wordt ontslag naar huis nog steeds haalbaar geacht/verwacht?

ja nee

Verwachte ontslagdatum
(duur verlenging)

___ - ___ - _____

ONDERTEKENING

Datum

___ - ___ - _____

Naam behandelend arts

E-mailadres behandelend arts

Telefoonnummer behandeld arts

VERSTUREN

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