

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 bij de start? laag complex hoog complex palliatief
 gesloten herstel aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov

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 ja nee
de ELV opname veranderd?

(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 laag complex hoog complex palliatief
verlenging? gesloten herstel aan patiënten met (vermoeden van) Wernicke-Korsakov

Wordt ontslag naar huis nog steeds ja nee
haalbaar geacht/verwacht?

Verwachte ontslagdatum
(duur verlenging) ____ - ____ - _____

ONDERTEKENING

Datum ____ - ____ - _____

Naam behandelend arts _____

E-mailadres behandelend arts _____

Telefoonnummer behandelend arts _____

VERSTUREN

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