



Aevitae

Ter attentie van Medische garanties / KG

Postbus 2705

6401 DE Heerlen

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 _____

Wat voor zorg betrof het bij de start? Laagcomplex Hoog complex Palliatief

Wie heeft de indicatie voor het ELV vastgesteld? huisarts transferverpleegkundige behandelend arts

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?)*

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. Zo nodig kunt u volstaan met het opsturen van het behandelplan.*

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

Toegevoegd aan dit formulier

Afwegingskader bij opname

behandelplan