**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