

Formulier verlenging opname eerstelijnsverblijf (ELV)

Te versturen naar: zorg.medisch@asr.nl

a.s.r.

Postbus 2072
3500 HB Utrecht

Gegevens Verzekerde

Naam	<input type="text"/>
Geboortedatum	<input type="text"/>
BSN	<input type="text"/>
Klantnummer	<input type="text"/>

Gegevens Instelling

Naam instelling (locatie)	<input type="text"/>
Adres instelling	<input type="text"/>
AGB code instelling	<input type="text"/>
Naam en functie aanvrager	<input type="text"/>
Telefoonnummer aanvrager	<input type="text"/>
E-mailadres aanvrager	<input type="text"/>

Gegevens Zorgvraag

Startdatum ELV-traject	<input type="text"/>
------------------------	----------------------

Behandelplan aanwezig Ja Nee

Soort zorg bij start? Laag complex 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 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 verlenging?

Laag complex Hoog complex Palliatief

Wordt ontslag naar huis nog steeds haalbaar geacht/verwacht?

Ja Nee

Verwachte ontslagdatum

--	--	--	--	--	--	--	--

Ondertekening

Datum:

--	--	--	--	--	--	--	--

Naam behandelend arts:

E-mail behandelend arts:

Telefoonnummer behandelend arts:

Handtekening: