

Aanvraagformulier

Toestemming medisch specialistische revalidatiezorg

Zorgverzekeringen

1/5

Gaat het hier om een vervolgaanvraag?

Ja Nee

Ingangsdatum (vervolg)traject

- -

Einddatum (vervolg)traject

- -

DBC declaratiecode en Diagnosecode

1. Gegevens verzekerde

Voornaam

Achternaam

Geboortedatum

- -

Telefoonnummer

Klantnummer

2. Gegevens zorgverlener/aanvrager

Naam revalidatiearts

Adres

Postcode

Woonplaats

AGB code zorgverlener

AGB code instelling

Telefoonnummer

E-mailadres

3. Diagnose

Wat is de hoofddiagnose bepalend voor I-MSR aanvraag.

Wat is de nevendiagnose(s) van invloed op I-MSR aanvraag.

4. Voorgeschiedenis

Wat is het verloop van klachten/functiestoornissen en beperkingen in activiteiten/participatie in relatie tot de hoofddiagnose en relevante nevensdiagnose(s).

Welke recente stepped care is er geweest afgelopen jaar t.a.v. de hoofddiagnose? Beschrijf dit specifiek. Wanneer, (bij wie?) hoe vaak, hoe lang en wat was het resultaat? Denk hierbij óók aan resultaat van farmacotherapeutisch beleid.

Stap 1: preventie, zelfzorg en zelfmanagement doorlopen?

Stap 2 en 3: monodisciplinaire diagnostiek/behandeling en multidisciplinaire 1e lijns diagnostiek/behandeling
Welke zorgprofessionals zijn betrokken geweest afgelopen jaar in de eerste lijn buitenom de huisarts?

Per zorgprofessional:

- Wat was de behandelindicatie in lijn met de verwijzing voor MSR?
- Wat waren de behandeldoelen in lijn met de verwijzing voor MSR?
- Welke behandelingen en educatie is/zijn toegepast?
- Wat was het aantal behandelingen en wat was de doorlooptijd?
- Wat was het resultaat van de behandelingen (liefst met klinimetrie onderbouwd)? Denk daarbij ook aan ADL functioneren en werkhervatting
- Waarom was het resultaat van de behandelingen onvoldoende?
- Heeft er coördinatie/afstemming plaatsgevonden tussen behandelaars en wie was dan de coördinator? (b.v. huisarts indien anders niet duidelijk)

5. Huidig niveau van functioneren (ICF)

Geef uitleg over de stoornissen in functies: welke fysieke (bijvoorbeeld H/B-apparaat, sensorische functies, cardio-resp. functies, stem/spraak), cognitieve en/of psychische stoornissen vloeien voort uit welke ziekte/aandoening en welke uit externe en persoonlijke factoren?

Geef uitleg over beperkingen in activiteiten: welke activiteitsbeperkingen (bijvoorbeeld basismotorische vaardigheden, ADL, HDL, vervoer) vloeien voort uit de aanwezige stoornissen in functies?

Geef uitleg over beperkingen in participatie: welke beperkingen in de maatschappelijke participatie (bijvoorbeeld sociale status, opleiding/werk, hobby's, vrije tijd) vloeien voort uit de beperkingen in activiteiten en stoornissen in functies?

Geef uitleg over de externe factoren: welke vooral maatschappelijke factoren (bijvoorbeeld huisvesting, werk/inkomen, gezin, relaties, financiën) spelen een belastende rol in het overall functioneren?

Geef uitleg over de persoonlijke factoren: welke persoonlijkheidskenmerken (bijvoorbeeld streef niveau, dienstbaarheid, gevoel van eigenwaarde) en persoonlijke levenservaringen (bijvoorbeeld psychotrauma) spelen een belastende rol in het overall functioneren?

6. Lichamelijk onderzoek

Vermeld hieronder de uitkomsten van het houdings- en bewegingsapparaat.

Vermeld hieronder de uitkomsten van de neurologische screening.

7. Toelichting diagnose

Patiënt behoort tot de MSR diagnose hoofdgroep

op basis van de hoofddiagnose

met hierbij als essentiële functiestoornissen (bijvoorbeeld motoriek/cognitie)

Patiënt heeft complexe/samenhangende problematiek omdat

Patiënt heeft een indicatie voor I-MSR omdat

De I-MSR behandeling vindt plaats op basis van: (richtlijn, behandelkader, anders)

8. Behandelplan

Omschrijf hier welke disciplines u wilt inzetten, inclusief het aantal beoogde behandeluren per discipline.

Kopie van het verwijfsformulier dient bij de aanvraag te worden meegestuurd.

Het ingevulde formulier kunt u digitaal versturen via www.asr.nl/service/zorgverzekering-upload.