U kunt dit formulier e-mailen naar: transferpuntleiden@basaltrevalidatie.nl

of faxen naar: 071-519 51 46 t.a.v. Transferpunt Leiden

Wanneer u vragen heeft, kunt u contact opnemen met het Transferpunt Leiden. Rechtstreeks via

06-501 583 15, 071-519 52 85 of via de receptie 071-519 51 95

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum aanmelding** |       | [ ]  | Oproepbaar | [ ]  | Niet oproepbaar tot:       |
| **Gegevens patiënt** | [ ]  Gegevens geverifieerd door Transferpunt Basalt |
| Voorletters patiënt |       |
| Gehuwde naam - geboortenaam |       |
| Geslacht |       |
| Geboortedatum |       |
| Adres |       |
| Postcode en woonplaats |       |
| Telefoonnummer(s) |       |
| Zorgverzekeraar |       |
| Polisnummer |       |
| BSN |       |
| Huisarts |       |
| **Gegevens verwijzer** |
| Naam (revalidatie)arts |       |
| E-mailadres |       |
| Naam ziekenhuis |       |
| Naam verpleegafdeling |       |
| Telefoonnummer  |       |
| Opnamedatum ziekenhuis |       |
| **Diagnose / DBC-informatie (voorlopige typering)** |
| Revalidatiediagnose (beknopt) |       |
| Consultdatum |       |
| Verwijzend specialist |       |
| Verblijfplaats patiënt | [ ]  Thuis | [ ]  Ziekenhuis:       |
| [ ]  Verpleeg-/verzorgingshuis:       |
| DBC-zorgvraag | [ ]  Recent (aandoening < 6 mnd geleden ontstaan) |
|  | [ ]  Niet-recent |
| ICD9-code |       |
| **Randvoorwaarden** |
| [ ]  | Infuus | [ ]  | Decubitusmatras, type:       |
| [ ]  | Zuurstof | [ ]  | Tracheostoma (uitzuigen niet mogelijk!) |
| [ ]  | Sondevoeding | [ ]  | Dialyse, dagen:       |
| [ ]  | PEG-/PRG-sonde | [ ]  | Problemen met alcohol, drugs en/of agressie |
| [ ]  | Gewicht boven 100 kg | [ ]  | Te ondertekenen contracten besproken met patiënt |
| [ ]  | Overig:       |

|  |
| --- |
| **Risico-inventarisatie BRMO/infecties** |
| Is de patiënt of iemand in de directe omgeving (familieleden/huisgenoten/medepatiënten) besmet met MRSA of een andere resistente bacterie? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: welke resistente bacterie, bekende kweekuitslagen, ingezette kweken, bij wie, etc.** |
| Is de patiënt de afgelopen 2 maanden opgenomen geweest in een ziekenhuis waar een BRMO- of MRSA-epidemie heerste? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: welk ziekenhuis, bekende kweekuitslagen, ingezette kweken, etc.** |
| Is de patiënt de afgelopen 2 maanden behandeld in een buitenlandse zorginstelling? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: welk land, soort instelling, bekende kweekuitslagen, ingezette kweken, etc.** |
| Heeft de patiënt contact gehad met bedrijfsmatig gehouden levende varkens, vleeskalveren of vleeskuikens en/of woont de patiënt op een bedrijf waar deze dieren worden gehouden? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting:** |
| Is de patiënt jonger dan 18 jaar en het afgelopen jaar geadopteerd uit het buitenland? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting:** |
| Heeft de patiënt (een verhoogd risico op) een andere relevante infectie? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting: norovirus, tuberculose, scabiës, HIV, etc.** |
|       |
| Is de patiënt in de afgelopen 2 maanden woonachtig geweest in een instelling voor asielzoekers? | [ ]  Nee | [ ]  Ja |
| **Toelichting:** |  |

|  |
| --- |
| **Diagnose**  |
|  | [ ] [ ]  | DwarslaesieNeurologisch progressieve aandoeningen (o.a. MS, M. Parkinson, Guillain-Barré syndroom) |
|  | [ ]  | Beenamputatie |
|  | [ ]  | Multitrauma |
|  | [ ]  | Deconditionering |
|  | [ ]  | CVA/NAH motorische problemen |
|  | [ ]  | CVA/NAH korte opname (max. 6 weken) |
|  | [ ]  | CVA/NAH cognitieve of communicatieve problemen |
|  | [ ]  | CVA/NAH complexe problematiek of zorgzware patiënt |
|  | Voor alle CVA/NAH-groepen geldt: |
| [ ]  geen logopedische problematiek |  | [ ]  afasie/ [ ]  dysartrie/ [ ]  dysfagie |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |
| --- | --- |
| Datum | Datum |
| Ons kenmerk | Ons kenmerk |
| Uw kenmerkDoorkiesnr. | Uw kenmerkDoorkiesnummer |

 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Betreft | dhr./mw. Naam patiëntgeb: GeboortedatumAdresPostcode WOONPLAATS |
|  | BSN BSN-nummer |

 |

**Onderwerp: Aanmelding voor klinische revalidatie bij Basalt Leiden**

**Diagnose**

**Nevendiagnose(s)**

**Vraagstelling verwijzer**

**Hulpvraag patiënt**

**Voorgeschiedenis**

**Anamnese**

**Medicatie**

**Intoxicaties**

**Allergieën**

**Niveau van functioneren**

**Functies/anatomie**

***Mentaal/zenuwstelsel:***

***Sensorische functies en pijn:***

***Stem en spraak:***

***Intern:***

***Bewegingssysteem:***

***Huid:***

**Activiteiten/participatie**

***Leren/toepassen van kennis:***

***Algemene taken/eisen:***

***Communicatie:***

***Mobiliteit:***

***Zelfverzorging:***

***Huishouden:***

***Tussenmenselijke relaties:***

***Levensgebieden:***

***Maatschappelijk leven:***

**Externe factoren**

Huisvesting/voorzieningen:

Ondersteuning en relaties:

**Persoonlijke factoren**

**Lichamelijk onderzoek**

Algemene indruk:

Lengte/gewicht/BMI:

Intern:

Orthopedisch:

Neurologisch:

Overig:

**Aanvullend onderzoek**

**Conclusie en beleid**