U kunt dit formulier e-mailen naar: [transferpuntleiden@basaltrevalidatie.nl](mailto: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** | | | | |
|  |  | Dwarslaesie  Neurologisch 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 kenmerk  Doorkiesnr. | Uw kenmerk  Doorkiesnummer | |  | |  |  | | --- | --- | | Betreft | dhr./mw. Naam patiënt  geb: Geboortedatum  Adres  Postcode 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**