U kunt dit formulier e-mailen naar: [transferpuntdenhaag@basaltrevalidatie.nl](mailto:transferpuntdenhaag@basaltrevalidatie.nl)

of faxen naar: 070 - 359 35 01 t.a.v. Transferpunt Den Haag.

Wanneer u vragen heeft, kunt u contact opnemen met het Transferpunt Den Haag, rechtstreeks op:

06 - 15 48 64 71 of 06 - 11 17 30 53.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum aanmelding** | |  | | | | |  | | Oproepbaar |  | | Niet oproepbaar tot: | | |
| **Gegevens patiënt** | | Gegevens geverifieerd door Transferpunt Basalt | | | | | | | | | | | | |
| Naam patiënt | |  | | | | | | | | | | | | M /  V |
| Geboortedatum | |  | | | | | | | | | | BSN |  | |
| Adres | |  | | | | | | | | | | | | |
| Postcode en woonplaats | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefoonnummer(s) | |  | | | | | | | | | | | | |
| Zorgverzekeraar | |  | | | | | | | | | | Polisnr |  | |
| Huisarts | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Gegevens verwijzer** | | | | | | | | | | | | | | |
| Naam revalidatiearts | |  | | | | | | | | | | | | |
| E-mailadres | |  | | | | | | | | | | | | |
| Naam ziekenhuis | |  | | | | | | | | | | | | |
| Naam verpleegafdeling | |  | | | | | | | | | | | | |
| Telefoonnummer | |  | | | | | | | | | | | | |
| Opnamedatum ziekenhuis | |  | | | | | | | | | | | | |
| Consultdatum revalidatiearts | |  | | | | | | | | | | | | |
| Verwijzend specialist | |  | | | | | | | | | | | | |
| Verblijfplaats patiënt | | Thuis | | | | Ziekenhuis: | | | | | | | | |
| Verpleeg-/verzorgingshuis: | | | | | | | | | | | | |
| **Revalidatiediagnose (limitatieve lijst, andere diagnoses alleen bij uitzondering mogelijk)** | | | | | | | | | | | | | | |
| CVA/NAH | | | | Dwarslaesie | | | | | | | Neuromusculaire aandoening | | | |
| Opbouwen zitten na operatie decubitus graad 3/4 | | | | | | | | Ernstige deconditionering, post-COVID: zie **pagina 3** | | | | | | |
| Amputatie onderste extremiteit | | | | | | | | Multitrauma/complexe enkelvoudige orthopedie | | | | | | |
| Anders (altijd eerst telefonisch overleg door aanmeldend arts): | | | | | | | | | | | | | | |
| **Randvoorwaarden (limitatieve lijst tav complexe medische handelingen, bij overige handelingen overleg)** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Perifeer infuus | |  | | PICC-lijn | | | | | | | | | |
|  | Zuurstof | |  | | TPV (toezegging ziekenhuis vereist over bekostiging) | | | | | | | | | |
|  | Sondevoeding (neussonde) | |  | | PEG-/PRG-sonde | | | | | | | | | |
|  | Gewicht boven 100 kg | |  | | AD-matras, type: | | | | | | | | | |
|  | VAC-therapie | |  | | Dialyse, dagen: | | | | | | | | | |
|  | Contactisolatie | |  | | Strikte isolatie | | | | | | | | | |
|  | Eenpersoonskamer wenselijk, reden: | | | | | | | | | | | | | |
|  | Overig: | | | | | | | | | | | | | |
| **Besproken met en akkoord van patiënt/systeem op onderstaande punten** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Er is een minimale opnameduur van drie weken voor de diagnostische fase. | | | | | | | | | | | | | |
|  | De indicatiestelling voor klinische revalidatie kan wijzigingen tijdens dan wel na de diagnostische fase, waarna bijvoorbeeld overplaatsing naar een verpleeghuis kan plaatsvinden. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Indien patiënt zelf niet beschikt over (geschikte) woonruimte: er is een concrete toezegging over een ontslagbestemming door (naam en relatie tot patiënt vermelden): | | | | | | | | | | | | | |
|  | Huisregels betreffende ongewenst gedrag, in het bijzonder het verbod op gebruik van alcohol/drugs. | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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:** | | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Alleen voor revalidatieartsen van Basalt (ziekenhuis of Basalt kliniek): evaluatie indicatiestelling** | | | | | |
| Ziekenhuis RA |  | **+** |  | **ꟷ** | Toelichting: |
| Basalt kliniek RA |  | **+** |  | **ꟷ** | Toelichting: |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Planrecept (NIET in te vullen door aanmeldend revalidatiearts)** | | | | |
| Afdeling 3.1/3.2 |  | CVA/NAH Groep 1 (met name motorische problemen) | | |
|  |  | CVA/NAH Groep 2 (korte opname, max. 6 weken) | | |
|  |  | CVA/NAH Groep 3 (met name cognitieve of communicatieve problemen) | | |
|  |  | CVA/NAH Groep 4 (complexe problematiek of zorgzware patiënt) | | |
|  | Voor alle CVA/NAH-groepen geldt:   * **keuze b** bij geen logopedische problematiek * **keuze a** bij logopedische problematiek (afasie/dysarthrie/dysfagie) | | | |
| **b** geen logopedische problematiek | | **a** | afasie/  dysartrie/  dysfagie |
| Afdeling 4.1 |  | Beenamputatie | | |
|  |  | Multitrauma | | |
|  |  | Deconditionering | | |
| Afdeling 4.2 |  | Dwarslaesie | | |
|  |  | Neuromusculaire aandoeningen | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Planrecept post-COVID-revalidatie: WEL invullen door aanmeldend revalidatiearts** | | |
| Afdeling 4.2 Basalt Den Haag: COVID-cohortafdeling |  | COVID-19-positief volgens criteria Basalt: **LET OP: alleen Basalt Den Haag!** |
| Alle afdelingen Basalt Den Haag en Leiden |  | COVID-19-negatief volgens criteria Basalt |
| Behandelprogramma |  | Alleen fysiek behandelprogramma |
|  |  | Zowel fysiek als mentaal behandelprogramma |
|  |  | Pulmonaal behandelprogramma **LET OP: alleen Basalt Leiden!** |
| Logopedie |  | Snelle beoordeling logopedie in verband met 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 Den Haag**

**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**