

1. Gegevens verzekerde

Voorletters en achternaam (verplicht) _____ m v

Geboortedatum (verplicht) _____

Burgerservicenummer (verplicht) _____

Verzekeringsnummer _____

2. Gegevens instelling

Naam instelling (locatie) _____

Adres instelling _____

AGB code instelling _____

Naam en functie aanvrager (contactpersoon) _____

Telefoonnummer aanvrager _____

E-mailadres aanvrager _____

3. Gegevens zorgvraag

Opname datum ELV-traject _____

Ingangsdatum verlenging ELV- traject* _____

*Ingangsdatum verlenging is opname plus 91 dagen.

Wat voor zorg betrof het bij de start? Laagcomplex 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 verandert? _____

(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? Laagcomplex Hoog complex Palliatief

Wordt ontslag naar huis nog steeds haalbaar geacht/verwacht? _____

Verwachte ontslagdatum (duur verlenging) _____

4. Ondertekening

Datum:

Naam behandelend arts

Email behandelend arts

Telefoonnummer behandeld arts

**Verstuur deze aanvraag samen met het behandelplan op naar Zorg en Zekerheid, Postbus, 2300 AK Leiden.
Gelieve op de envelop 'medisch geheim' te vermelden.
Aanvragen kunnen ook verstuurd worden naar ons mailadres: machtigingen@zorgenzekerheid.nl**