

Machtigingsformulier voor overige medisch specialistische revalidatie

Datum: _____

1. Naam verzekerde

Voorletters en achternaam (verplicht) _____ m v

Straat _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Woonplaats _____

Geboortedatum (verplicht) _____ Burgerservicenummer (verplicht) _____

Telefoon _____

E-mailadres _____

2. DBC/DOT

DBC/DOT code _____

Startdatum DBC/DOT code ----- Einddatum DBC/DOT code -----

Poliklinisch Klinisch

3. Verwijzing

Naam verwijzer (verplicht) _____

AGB code (gewenst) _____

Specialisme verwijzer _____

4. Reden voor verwijzing

(Als bijlage toe te voegen een gedateerde, (digitaal) ondertekende en gerichte verwijzing van bijvoorbeeld een huisarts of bedrijfsarts, waaruit de reden voor verwijzing blijkt.)

5. Revalidatiearts waar bij de indicatiestelling face-to-face contact mee is

Voorletters en achternaam (verplicht) _____

AGB code (gewenst) _____

6. Aanvraag gedaan namens verzekerde door (indien van toepassing)

Voorletters en achternaam (verplicht) _____

AGB code _____

Handtekening aanvrager:

Handtekening verzekerde voor akkoord:



Gaat het om een machtigingsaanvraag waarbij de revalidatiearts na de intake van oordeel is dat behandeling MSR niet nodig is? In dat geval is onderstaande niet van toepassing.

Voor de beoordeling van uw aanvraag ontvangen wij in ieder geval graag de volgende benodigde informatie:

Motivatie

- De hulpvraag
- Omschrijving motivatie en bereidheid verzekerde tot het aangaan van het revalidatietraject

Stepped Care

- Als u zorg in de eerste lijn (bijvoorbeeld van een (psychosomatisch) fysiotherapeut, een psycholoog of een maatschappelijk werker) heeft gehad in het kader van betreffende klachten: in welke periode en met welke frequentie heeft u welke behandeling gehad, wat was het doel en waarom heeft het niet geleid tot het gewenste resultaat?
- Als u geen zorg in de eerste lijn heeft gehad: waarom is zorg in de eerste lijn geen optie?
- Als u anderszins behandelingen (of onderzoeken) heeft ondergaan in het kader van betreffende klachten: in welke periode en met welke frequentie heeft u welke behandeling of onderzoek gehad, wat was het doel en waarom heeft het niet geleid tot het gewenste resultaat?

Diagnose

- Medische diagnose(s), voor zover die verband houdt/houden met de aanvraag
- Naam/specialisme/AGB code (gewenst) van degene die de medische diagnose heeft gesteld

Diagnostiek MSR

- Revalidatiediagnose op de volgende gebieden:
Lichamelijk functioneren, Algemeen Dagelijks Levensverrichtingen (ADL), Maatschappelijk functioneren, Psychisch functioneren en Communicatief functioneren

Multidisciplinaire aanpak

- Het multidisciplinaire einddoel met de beoogde aanpak
- Waarom is een multidisciplinaire aanpak in dit geval aangewezen en de meest doelmatige optie en behoort dus een combinatie van meerdere eerstelijns behandelaars in dit geval niet tot de mogelijkheden?
- Bij de behandeling betrokken disciplines (revalidatiegeneeskunde, fysiotherapie, psychologie, ergotherapie, logopedie, maatschappelijk werk en/of overige discipline(s))
- Behandeldoel(en) + aanpak per betrokken discipline
- Nulmetingen aan het begin van de behandeling per betrokken discipline en meetbare doelstellingen als eindresultaat

Soms hebben wij aanvullende informatie nodig, om de aanvraag te kunnen beoordelen. Mocht dit het geval zijn, dan zullen wij u daarover nader informeren. Om de doorlooptijd te kunnen bespoedigen, willen we u vriendelijk vragen de machtigingsaanvraag te beperken tot vier pagina's (exclusief bijlagen). Gelieve de machtigingsaanvraag compleet aan te leveren, zodat een zorgvuldige medische beoordeling kan plaatsvinden.