

## VERLENGING OPNAME ELV

### GEGEVENS VERZEKERDE

Naam \_\_\_\_\_  
Geboortedatum \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
BSN \_\_\_\_\_  
Verzekernummer \_\_\_\_\_

### GEGEVENS INSTELLING

Naam instelling (locatie) \_\_\_\_\_  
Adres \_\_\_\_\_  
Postcode en woonplaats \_\_\_\_\_  
AGB-code instelling \_\_\_\_\_  
Naam aanvrager (contactpersoon) \_\_\_\_\_  
Functie aanvrager \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer aanvrager \_\_\_\_\_  
E-mailadres aanvrager \_\_\_\_\_

### GEGEVENS ZORGVRAAG

Startdatum ELV-traject \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_  
Behandelplan aanwezig ja          nee

Wat voor zorg betrof het laag complex          hoog complex          palliatief  
bij de start?

Wie heeft de indicatie voor huisarts          medisch specialist (transferverpleegkundige)  
het ELV vastgesteld? 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 veranderd?

*(Zo ja, welke verandering heeft er plaatsgevonden?)*

ja            nee

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?

laag complex

hoog complex

palliatief

Wordt ontslag naar huis nog steeds haalbaar geacht/verwacht?

ja            nee

Verwachte ontslagdatum  
(duur verlenging)

\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ONDERTEKENING**

Datum

\_\_\_ - \_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam behandelend arts

\_\_\_\_\_

E-mailadres behandelend arts

\_\_\_\_\_

Telefoonnummer behandeld arts

\_\_\_\_\_

**VERSTUREN**

U kunt het ingevulde formulier opslaan en mailen naar [elvmedischadvies@dsw.nl](mailto:elvmedischadvies@dsw.nl).