

### Indicatieformulier RAP-ZHN 2018

Datum van aanmelding	
Naam cliënt:	
Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum:	
Adres:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
BSN:	
Verzekering:	Polisnummer:
Naam huisarts en telefoonnummer	T:
Naam verwijzer en telefoonnummer	T:
Contactpersoon cliënt telefoonnummer:	T:

0	Algemene informatie opvragen	<p>Doorvragen bij verwijzer om toelichting op reden contact RAP</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Is de cliënt gezien <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee</li> <li>• Verzoek voor <input type="checkbox"/> ELV <input type="checkbox"/> crisis</li> <li>• Bij crisis als opname binnen 24 uur nodig is plaatsing voor 2 weken kan in het hele land.</li> <li>• Bij ELV verzoek is eerst thuiszorg ingezet/uitgebreid</li> </ul>
1.	Reden aanmelding	<p>Wegens:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Medische behandeling</li> <li><input type="checkbox"/> Hoog risico op medische behandeling</li> <li><input type="checkbox"/> Diagnostiek/observatie/screening</li> </ul> <p><b>Als er PG problematiek is, extra aandacht voor vraag 5</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Revalidatie/herstel van toelichting geven</li> <li><input type="checkbox"/> Ontlasting thuissituatie (NB respijt zorg is WMO voorziening)</li> </ul>

2	Gestelde werkdiagnose door verwijzer	
3.	ELV of crisis ( gebruik zn. het afwegingsinstrument)	<input type="checkbox"/> Verwachting is terugkeer naar huis mogelijk > ELV. <input type="checkbox"/> Blijvende opname is noodzakelijk binnen 24 uur > crisisopname Wlz <input type="checkbox"/> Blijvende opname is noodzakelijk maar niet binnen 24 uur > reguliere aanmelding bij organisatie van keuze <input type="checkbox"/> Nog onbekend, observatie en screening noodzakelijk.
4.	Deze medische/verpleegkundige zorg is thuis niet mogelijk wegens:	<input type="checkbox"/> Situatie thuis onveilig en niet verantwoord <input type="checkbox"/> Val- en dwaalgevaar <input type="checkbox"/> Wegvallen partner <input type="checkbox"/> Verpleegkundige handelingen <input type="checkbox"/> planbaar <input type="checkbox"/> onplanbaar <input type="checkbox"/> ADL ondersteuning <input type="checkbox"/> planbaar <input type="checkbox"/> onplanbaar <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
5.	PG problematiek, - is er al een diagnose dementie?  Probleemgedrag aanwezig	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, ⇒ ELV hoog complex op een PG afdeling  <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, welke symptomen geven problemen: <input type="checkbox"/> delier <input type="checkbox"/> dwalen <input type="checkbox"/> onrust <input type="checkbox"/> wanen, hallucineren <input type="checkbox"/> somberheid <input type="checkbox"/> angst <input type="checkbox"/> apathie <input type="checkbox"/> Cognitief functioneren, verwardheid
6.	Is er sprake van acute psychiatrische problematiek of verslavingsproblematiek? <b>Wanneer psychiatrische problematiek op de voorgrond staat, beoordeling GGZ aangewezen</b>	<input type="checkbox"/> Ja, overleg met SO nodig <input type="checkbox"/> Nee
7.	Is er sprake van een enkelvoudige of meervoudige aandoening of beperking:  Toelichting: <b>Enkelvoudig:</b> zorg in de nabijheid is noodzakelijk en de medische zorg bestaat uit zorg zoals huisartsen die plegen te bieden.  <b>Meervoudig:</b> cliënt heeft elkaar beïnvloedende aandoeningen of beperkingen zoals:	<input type="checkbox"/> Enkelvoudig ⇒ ELV laag <input type="checkbox"/> Meervoudig ⇒ ELV hoog

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- polyfarmacie en de gevolgen daarvan</li> <li>- multidisciplinaire behandeling</li> <li>- verzorging en verpleging in de directe nabijheid, ondersteuning of overname medische zorg zowel generalistisch als specialistisch.</li> </ul> <p>NB indien multidisciplinaire behandeling nodig is dan mogelijk cliënt die GRZ nodig heeft. ( zie afwegingsinstrument)</p>	
8.	Cliënt heeft volgens behandelend arts een levensverwachting van minder dan 3 maanden:	<input type="checkbox"/> Ja, er wordt een terminaal verklaring toegevoegd ⇒ ELV palliatief <input type="checkbox"/> Nee
9.	Hoe lang verwacht u dat de opname gaat duren:	
10.	Bijzonderheden of complicaties: ( is van belang om te kunnen beoordelen in welke organisatie cliënt opgenomen kan worden)	<input type="checkbox"/> Multi-resistente infecties (bijv. VRE/MRSA/BRMO) <input type="checkbox"/> Sondevoeding <input type="checkbox"/> VAC therapie <input type="checkbox"/> Wondzorg en / of decubitus <input type="checkbox"/> Infusen, pompen <input type="checkbox"/> Ondervoeding/fors gewichtsverlies <input type="checkbox"/> CAD <input type="checkbox"/> Obesitas <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
11.	Aanvullende detailinformatie t.a.v. de aanleiding voor de aanmelding: denk hierbij aan ADL, mobiliteit en cognitief functioneren	
<b>Conclusie van de afweging:</b>		<input type="checkbox"/> Opname ELV laag complex <input type="checkbox"/> Opname ELV hoog complex op somatische afdeling <input type="checkbox"/> Opname ELV hoog complex op PG afdeling <input type="checkbox"/> Opname ELV palliatief <input type="checkbox"/> Crisisopname, er is een Wlz indicatie nl: ... <input type="checkbox"/> Crisisopname, er is geen Wlz indicatie  Opname vindt plaats bij: (naam organisatie en locatie invullen)
Behandeling tijdens opname door:  <b>Behandeling door vervangende huisarts bij laag complexe zorg, wordt gedeclareerd bij de zorgverzekeraar via M&amp;I ELV zorg. Eventueel medebehandeling door SO mogelijk via consult.</b>		<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> SO <input type="checkbox"/> Vervangende huisarts:
<b>Ten behoeve van de opname meesturen aan de opnemende organisatie:</b>		
<b>Meesturen met deze aanvraag.</b>		<input type="checkbox"/> NAW-gegevens cliënt <input type="checkbox"/> BSN cliënt <input type="checkbox"/> Actuele medische gegevens <input type="checkbox"/> Medicatie: toedienlijst/actueel overzicht <input type="checkbox"/> Medische voorgeschiedenis → <input type="checkbox"/> Verzekeraar <input type="checkbox"/> Contactgegevens contactpersoon <input type="checkbox"/> Vertegenwoordiger

	<input type="checkbox"/> Naam huisarts cliënt <input type="checkbox"/> Diagnose dementie (welke, gesteld door en wanneer)
Naam en handtekening indicierend verwijzer:	

**Dit ingevulde formulier verzenden via beveiligde e-mail naar de verwijzer en opnemende organisatie**