

**Aanmeldformulier klinische opname**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam revalidant: |       | Geboortedatum: |       |
| Voorletters: |       | BSN: |       |
| Adres: |       |  |  |
| Postcode en woonplaats: |       | Telefoon: |       |
| Verzekering: |       | Polisnummer: |       |
| Huisarts: |       |  |  |
|  |  |  |  |
| Datum aanmelding: |       |  |  |
| Beschikbaarheidsdatum: |       |  |  |
| Verwijzend arts: |       |  |  |
| Specialisme: |       |  |  |
| Instelling: |       |  |  |
| Adres: |       |  |  |
| Telefoon: |       |  |  |
| Herkomst patiënt(afdeling en telefoon): |       |  |  |
|  |  |  |  |
| ICD-code: | [ ]  ICD 9       |  |  |
|  | [ ]  ICD 10       |  |  |
|  |  |  |  |
| Uitslag MRSA/BRMO | [ ]  Positief[ ]  Negatief |  |  |
|  | **Indien uitslag positief is, graag kweekuitslagen meesturen!** |
|  |  |  |  |
| Isolatieprotocol | [ ]  Ja[ ]  Nee |  |  |
| Wordt patiënt in barrière verpleegd? | **Indien ja, ivm**  |  |  |
|  | **Indien isolatieprotocol geldt, graag kweekuitslagen meesturen!** |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Medische diagnose:** |       |
| **Stoornissen:** |       |
| **RAP domeinen:**(situatie nu en premorbide niveau indien relevant) |       |
| **Communicatie:** |       |
| **Mobiliteit:** |       |
| **Persoonlijke verzorging:** |       |
| Barthel index: |       |
| **Dagbesteding**: |       |
| **Relaties**: |       |
| gehuwd: |       |
| inwonende kinderen: | [ ]  ja[ ]  nee |
| belastbaarheid partner: |       |
| **Psychisch/cognitief/gedrags-matig functioneren:** |       |
| MMSE: |       |
| **Overige informatie:** |       |
| Woning:  |       |

Stuur dit volledig ingevulde formulier naar: opnamecoördinator, De Hoogstraat Revalidatie, Rembrandtkade 10, 3583 TM Utrecht.

Of per mail via een beveiligde verbinding naar [opnamecoordinator@dehoogstraat.nl](http://iprova/iprova/management/hyperlinkloader.aspx?hyperlinkid=dfa510e4-84b5-494f-9a26-560aa70613a5). Als dit niet mogelijk is kan het ook per fax: 030 251 1344 t.a.v. de opnamecoördinator.

**Relevante correspondentie svp meesturen!**

**Dit formulier geldt als bewijs van verwijzing voor verdere behandeling van bovengenoemde patiënt naar De Hoogstraat Revalidatie.**