

Verwijsformulier klinische revalidatie UMCG Centrum voor Revalidatie

Vul het formulier volledig in en stuur, samen met de SEH/opnamebrief, op naar mma-opnamebureau@cvr.umcg.nl.
 Stuur bij dwarslaesiepatiënten ook het [ASIA-formulier](#) mee.

AANMELDDATUM

Aanmelddatum

VERWIJZER

Naam + functie
AGB-code
Instelling
Telefoonnummer

PERSONALIA PATIËNT

Geslacht
Naam + voorletters
Geboortedatum
Adres
Postcode en woonplaats
Telefoonnummer
E-mailadres
BSN nummer

MEDISCHE GEGEVENS

(Revalidatie-)diagnose
Verwijsreden
Instelling + afdeling
Datum ontslagklaar
Relevante voorgeschiedenis (medisch en psychiatrisch)

NIVEAU VAN FUNCTIONEREN

<i>Plaats de eigen consultnotities, inclusief volledig niveau van functioneren vanuit het EPD, in de rechterkolom maak en gebruik van de invulopties in de linkerkolom.</i>	
Communicatie Afasie Dysartrie	Consultnotities:
Motorisch Loopfunctie Arm-/handfunctie Belastbaarheid (uren in rolstoel)	
Cognitief/emotioneel MOCA	
ADL Barthel-index Slikproblemen	
Sociale situatie Betrokken netwerk Werk/dagbesteding Woning/ ontslagbestemming*	

* Een vaste woon- of verblijfplaats is een vereiste voor opname.

BIJZONDERHEDEN

Bijzondere zorg nodig Actuele psychiatrie/verslaving**
1-persoonskamer:
Infuusbehandeling:
Decubitus:
Sondevoeding:
Tillift nodig:
Gedragsproblemen
wegloopgedrag en agressie:

Opmerkingen/Overig

** Voeg bij actuele psychiatrie / verslaving een recent verslag psychiatrie toe. Bij twijfel over de indicatiestelling graag telefonisch afstemmen met de opnamecoördinator. Gebruik hiervoor het algemene nummer onderaan dit formulier.

mma-opnamebureau@cvr.umcg.nl

UMCG centrum voor Revalidatie, locatie Beatrixoord

Dilgtweg 5, 9751 ND Haren
Telefoon (050) 361 76 95
revalidatie.umcg.nl