

Aanvraagformulier Medisch specialistische revalidatie

Algemene informatie

Naam verzekerde: _____

BSN: _____

Startdatum DOT: _____

AGB-code praktijk: _____

Declaratie code (DOT): _____

AGB-code hoofdbehandelaar: _____

1. Is er sprake van een verzoek tot advies, consult of behandeling door een huisarts of medisch specialist? Zo ja, bij wie?

2. Waaruit bestaat de indicatie en wat zijn de beoogde behandeldoelen?

3. In hoeverre is er sprake van stepped care?

4. In welke setting vindt de medisch specialistische revalidatie plaats (poliklinisch, klinisch)?

5. Indien er sprake is van een specifieke indicatie voor klinische behandeling, wat is de motivatie hierachter?

6. In hoeverre is er afstemming tussen de verschillende disciplines in gezamenlijkheid als team binnen uw instelling. Waaruit blijkt deze afstemming?

7. Waaruit bestaat de inzet/expertise van de revalidatiearts?

7a. Met name verduidelijken of de revalidatiearts verantwoordelijk is voor het gehele revalidatie-geneeskundige proces (i.e. diagnostiek, prognostiek, behandeling en evaluatie).

7b. Heeft de revalidatiearts in (alle fasen van) het revalidatieproces direct arts-patiënt contact?

7c. In welke vorm en met welke frequentie, evalueren de revalidatiearts en het behandelteam de behandeldoelen met de patiënt?

7d. Gebeurt dit aan de hand van evidence-based meetinstrumenten die in behandelkaders, behandelprogramma's of zorgpaden zijn vastgelegd? Graag toelichten.

8. Hoeveel revalidatieartsen zijn structureel aan de instelling verbonden (aantal FTE)?

Verklaring behandelend revalidatiearts

Naam behandelend revalidatiearts: _____

Plaats: _____

Naam ziekenhuis (indien van toepassing): _____

Telefoonnummer praktijk/ziekenhuis: _____

Naam contactpersoon: _____ M / V

Telefoonnummer contactpersoon: _____

Stempel behandelend arts

Handtekening behandelend arts

Datum: _____

Ondertekening

Ondertekening door verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger.

Ondergetekende verklaart hierbij geen bezwaar te hebben tegen het gebruiken van de gegevens die in dit aanvraagformulier zijn vermeld. Deze gegevens worden door de zorgverzekeraar gebruikt voor het beoordelen van uw aanvraag en het uitvoeren van de verzekeringsovereenkomst.

Datum: _____

Handtekening verzekerde c.q. wettelijk vertegenwoordiger: _____

Vul dit formulier volledig in. Wij nemen geen formulieren in behandeling die onvolledig zijn ingevuld.
Stuur dit formulier naar:

Salland Zorgverzekeraar
t.a.v. adviserend geneeskundige
Postbus 166
7400 AD Deventer