

Overdrachtsformulier huisartsenpost HOV

Datum overdracht:

Naam patiënt:		M / V
Adres:		
Postcode:	Woonplaats:	
Geboortedatum:		Tel.nr.
BSN:		
Naam zorgverzekering:		Verzekeringsnr.:

Behandelend huisarts:		
<i>Omcirkel wat van toepassing is</i>		
a	Is zelf bereikbaar	tel.nr. :
b	Bereikbaar via HOV voor visites	tel.nr. :
c	Bereikbaar voor overleg alleen	tel.nr. :
d	Draagt zorg volledig over	

Overdrachtsgegevens			
<i>Omcirkel wat van toepassing is</i>			
A 1	Betreft palliatieve terminale fase	ja / nee (indien nee, zie B)	
2	Diagnose: a) oncologisch (inclusief metastasering): b) COPD terminaal c) hartfalen terminaal d) neurologisch lijden		
3	Er is inzet van thuiszorg	ja / nee tel.nr.:	
4	Spankracht mantelzorg	goed / matig / zorgwekkend / n.v.t.	
5	Er is een zorgplan bij de patiënt	ja / nee	
6	Dagelijkse rapportage in zorgdossier	ja / nee	
B Diagnose overige situaties: (zo nodig uitgebreidere toelichting bij 'overige opmerkingen' plaatsen)			
Relevante medicatie:			
Behandelafspraken:			
Nog ziekenhuisopnamen?	ja / nee	Er is een wilsverklaring	ja / nee
Palliatieve sedatie is besproken	ja / nee	Overig	

Reanimeren: ja / nee / n.v.t. opmerkingen:
--

Overige opmerkingen:

Faxen naar: 's-Hertogenbosch 073 – 612 20 81
Oss 0412 – 621 965

Veghel 088 – 876507
Zaltbommel 0418 – 511 856