

	Kwaliteitshandboek Coöperatieve Huisartsenposten Zaanstreek Waterland	Type: Formulier Eigenaar: MM
	Overdrachtformulier Palliatieve Zorg	Versiedatum: 26-11-2013 Vervaldatum: 26-11-2015 Blad: 1 van 2

Dit formulier faxen naar:

Zaanstreek: 075-6531873

Waterland: 0299-451623

In te vullen door huisarts

Naam patiënt: Geboortedatum..... m/v
Postcode + huisnummer BSN:
Telefoon patiënt
Telefoon contactpersoon

Naam huisarts: Telefoon h.a.: 06-.....

Datum melding:
Deze melding betreft:
☐ Eerste melding: start palliatieve traject
☐ Vervolgmelding
☐ Opmerkingen:

Bereikbaarheid en beschikbaarheid buiten praktijkuren:

- ☐ Ik draag deze zorg volledig over aan de huisartsenpost.
- ☐ Ik draag deze zorg over aan de huisartsenpost en ben zonodig overdag/'s avonds/'s nachts bereikbaar voor overleg.
- ☐ Ik doe deze zorg in principe zelf. Op momenten dat ik niet bereikbaar ben, neemt de huisartsenpost de zorg over.

Medische Informatie:

Diagnose en toestand patiënt	
Naam specialist/ziekenhuis (indien van toepassing)	
Prognose en (te verwachten) Problemen	
Relevante voorgeschiedenis	
Actuele medicatie	

	Kwaliteitshandboek Coöperatieve Huisartsenposten Zaanstreek Waterland	Type: Formulier Eigenaar: MM
	Overdrachtformulier Palliatieve Zorg	Versiedatum: 26-11-2013 Vervaldatum: 26-11-2015 Blad: 2 van 2

Afgesproken beleid	
Aanwezige zorg	
Wensen patiënt (zoals wel/niet reanimeren, wel/niet beademen, wel/geen ziekenhuisopname, wel/geen Palliatieve sedatie)	
Overige aandachtspunten (allergieën, bijwerkingen etc.)	

In te vullen door de huisartsenpost

Ingevoerd in Callmanager op Datum:..... Tijd: door: Achternaam en paraaf assistente:
