

☐ Eerste melding		☐ Vervolgmelding		dd/mm/jj:
☐ Regulier		☐ Start palliatief traject ☐ Start palliatief terminale fase		
Indien van toepassing: overdracht geldt tot (dd/mm/jj):				
Naam patiënt:		Geboortedatum:		M / V
Adres:		Woonplaats :		Telnr :
Naam zorgverzekeraar:		Verzekeringsnr:		BSN :

Naam eigen huisarts:		
Telnr (mobiel):		
Bij afwezigheid eigen huisarts neemt waar:		
Telnr (mobiel):		
Behandelend huisarts:	☐ is zelf bereikbaar (huisartsenpost is achterwacht als ha niet bereikbaar is) ☐ draagt de zorg deeltijds over aan de huisartsenpost op.....van.....uur totuur ☐ alleen bereikbaar bij vooraf aangegeven situaties, toelichting: ☐ draagt zorg volledig over	
In geval van overlijden wil ik, naast de standaard melding per fax, wel/niet direct telefonisch geïnformeerd worden:		
☐ overdag	☐ 's avonds	☐ 's nachts

Diagnose, relevante comorbiditeit en prognose		Actuele medicatie (eventueel uitdraai)	
Huidige situatie en (te verwachten) problemen			
Behandeling en stappenplan			
Beleidsafspraken		(omcirkel wat van toepassing is)	
- Reanimeren		ja / nee / n.v.t.	
- Nog bereid tot ziekenhuisopname zo nodig		ja / nee / n.v.t.	
- Antibiotica bij levensbedreigende complicaties		ja / nee / n.v.t.	
- Levensverlengend handelen		ja / nee / n.v.t.	
- Wilsverklaring aanwezig		ja / nee / n.v.t.	
- Overige relevante afspraken:			
1. Er is inzet van de thuiszorg		ja / nee	Telnr:
2. Draagkracht mantelzorg ☐ goed ☐ voldoende ☐ zorgwekkend ☐ n.v.t			
Patiënt is bekend bij:			
☐ ziekenhuis Telnr:		☐ specialist Telnr:	
Overige opmerkingen			

- Faxen naar de post waar patiënt onder valt: Fax CHP Eindhoven: 040-2399758
Fax CHP Helmond 0492-565856. Fax CHP Geldrop 040-2869784
Fax SHoKo, avonden en nachten: 040-2660569 en voor het weekend naar de eigen dokterspost.