

Aanmelding Beroerte Adviescentrum

(Verzoek om advies, instructie en voorlichting aan cliënt op het gebied van CVA / TIA)

Voorletters en naam cliënt:

Geboortedatum:

Adres:

Postcode en plaats:

Telefoon:

BSN (BurgerServiceNummer):.....

Naam en telefoonnummer contactpersoon:.....

Huisarts :

Diagnose en datum: TIA/infarct/bloeding / /20.. rechts/links, locatie.....

Opnamedatum / ontslagdatum: / (indien van toepassing)

Huidige situatie / gevolgen CVA:

- | | | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|---|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> hemiparese | <input type="checkbox"/> afasie | <input type="checkbox"/> dysarthrie / slikproblemen | <input type="checkbox"/> gevoel | <input type="checkbox"/> visus / waarneming |
| <input type="checkbox"/> cognitie | <input type="checkbox"/> emotie | <input type="checkbox"/> gedrag | <input type="checkbox"/> vermoeidheid | <input type="checkbox"/> overig |

Toelichting gevolgen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Medische voorgeschiedenis (mogelijke oorzaak/risicofactoren CVA):

.....

.....

.....
Medicatie:

.....
.....
.....

Afspraken bij ontslag:

- neurologie
- fysiotherapie
- ergotherapie
- logopedie
- (poli)klinische revalidatie / dagbehandeling
- thuiszorg / hulpmiddelen
- anders

.....
Mantelzorg aanwezig: ja nee

wie

Eventuele verdere toelichting;

.....
.....
.....
.....

Aanvragend(e) arts/instelling: (stempel)

Naam:

Instelling / telefoonnummer:

Datum aanvraag:

Handtekening aanvrager: