Overdrachtsdossier huisarts

In deze overdrachtsmap is informatie vastgelegd over de kwetsbare oudere patiënt met betrekking tot het volgende:

1. Persoonsgegevens
2. Medische informatie
3. Individueel Zorgplan
4. Wensen ten aanzien van levenseinde
5. Rapportage
6. FMPC (facultatief)

De informatie in deze map is vastgelegd door de huisartsenpraktijk (huisarts, praktijkondersteuner of praktijkverpleegkundige ouderenzorg).

De informatie in deze map is bedoeld voor de zorgverleners die betrokken zijn bij de zorgverlening aan de desbetreffende patiënt, waaronder waarnemende huisartsen tijdens avond-, nacht- en weekenddienst en ambulancepersoneel.

LET OP: Deze map dient in beginsel bij de patiënt thuis te blijven, tenzij opname in het ziekenhuis aan de orde is. In dat geval kan de overdrachtsmap eventueel meegenomen worden naar het ziekenhuis, mits deze bij thuiskomst van de patiënt weer geretourneerd wordt.

Toestemmingsverklaring

De gegevens die in deze huisartsenmap zijn vastgelegd, mogen worden verstrekt aan:

De waarnemend huisarts **ja/nee**
De waarnemend huisarts treedt op als plaatsvervanger van de eigen huisarts, en dient inzage te hebben in de gegevens ten behoeve van een adequate en kwalitatief goede behandeling van de patiënt tijdens de afwezigheid van de eigen huisarts.

De wijkverpleegkundige **ja/nee**
In verband met de taakverdeling tussen de wijkverpleegkundige en de praktijkondersteuner ouderenzorg kan de wijkverpleegkundige belast zijn met zorgverlening aan de patiënt waartoe inzage in de gegevens noodzakelijk is ten behoeve van adequate en kwalitatief goede zorgverlening.

Ambulancemedewerkers **ja/nee**
In een acute situatie kan inzage in de gegevens door medewerkers van de ambulance noodzakelijk zijn voor een adequate en kwalitatief goede behandeling c.q. het maken van een inschatting of de patiënt al of niet naar het ziekenhuis vervoerd dient te worden.

Zorgverleners in het ziekenhuis **ja/nee**
Indien de patiënt vanuit huis naar het ziekenhuis wordt vervoerd, kan de huisartsmap worden meegenomen naar het ziekenhuis. De desbetreffende zorgverleners in het ziekenhuis kunnen deze gegevens inzien ten behoeve van een adequate en kwalitatief goede behandeling van de patiënt in het ziekenhuis.

De patiënt kan ervoor kiezen om geen toestemming te geven of om alleen voor bepaalde verstrekkingen van gegevens toestemming te geven. De betrokken zorgverlener legt uit wat de gevolgen voor de zorgverlening zijn als er (voor bepaalde) verstrekkingen geen toestemming wordt gegeven.

…….(datum)

…….
Handtekening van de patiënt of diens wettelijke vertegenwoordiger.

NB. De hierboven gegeven toestemming mag op elk moment worden ingetrokken. In sommige gevallen zal het intrekken van toestemming gevolgen kunnen hebben voor de zorgverlening. De betrokken zorgverlener zal de patiënt hierover van geval tot geval over informeren.

1. Persoonsgegevens

NAW gegevens patiënt (sticker):
BSN, verzekeraar, naam, adres, geboortedatum

Gegevens huisarts (stempel):

Voornamen voluit

.....

Geboorteplaats

.....

Praktijkondersteuner/-verpleegkundige huisartsenpraktijk

.....

Telefoon

.....

Wijkverpleegkundige Thuiszorg

.....

Telefoon

.....

Zorgplan

Individueel Zorgplan aanwezig? ☐ Nee ☐ Ja (zie punt 3 in deze huisartsmap)

Wensen ten aanzien van levenseinde aanwezig? ☐ Nee ☐ Ja (zie punt 4 in deze huisartsmap)

Gegevens familie / mantelzorg

(eerste aanspreekpunt)

Naam	Relatie tot oudere	Telefoon
1.		Mobiel: Vast:
2.		Mobiel: Vast:
3.		Mobiel: Vast:

2. Medische informatie

Algemeen

Naam en geboortedatum:	.....
Huishoudelijke hulp:	☐ nee ☐ ja, via: .....
Hulpmiddelen:	☐ rollator ☐ rolstoel ☐ overig: .....
Alarmering aanwezig:	☐ nee ☐ ja, via: .....
Groningen Frailty Indicator score:	..... datum: .....
Hulpvraag:	.....

Episodenlijst

Relevante medische voorgeschiedenis/psychogeriatrisch onderzoek, (of voeg uitdraai vanuit het HIS of copy specialistenbrieven toe)		Overige aandachtsgebieden
☐ DM	☐ Hypothyreoïdie	☐ Incontinentie
☐ Hypertensie	☐ Dementie	☐ Gewichtsverlies
☐ Tia ☐ CVA	☐ Parkinson	☐ Problemen mond / gebit
☐ Nierfunctiestoornis	☐ Reumatoïde artritis	☐ Roken
☐ Neuropathie	.....	☐ Alcoholmisbruik
☐ Astma ☐ COPD	.....	.....

Medicatie

Medicatieoverzicht en datum bijvoegen in map
(of verwijs naar geactualiseerd medicatieoverzicht, bijvoorbeeld baxter)

Casemanagement

☐ ja ☐ nee Aandachtsgebied: .....
Casemanager en organisatie: .....

Opmerkingen

Hier is ruimte om aanvullende informatie te vermelden

3. Individueel Zorgplan

Probleem van de patiënt	Doel van de patiënt	Te ondernemen actie	Actie wordt ondernomen door	Geplande evaluatiedatum (indien van toepassing)

Uniform vastleggen **proactieve zorgplanning**

advance care planning (ACP)

Datum van invullen	
Naam patiënt	
Geboortedatum	
Gesprek gevoerd door:	
Naam	
Functie	

Dit formulier is ontwikkeld om afspraken voortkomend uit het proces van proactieve zorgplanning eenduidig vast te leggen. Het is GEEN afvinklijst. Het kan alleen na deskundig en genuanceerd gesprek door een zorgverlener worden ingevuld. Handreikingen voor het voeren van deze gesprekken zijn te vinden in de **'Leidraad voor het proces en uniform vastleggen van proactieve zorgplanning (advance care planning, ACP) naar aanleiding van de COVID-19-pandemie'**.

Vul 'nog onbekend' in als een onderwerp niet is besproken of als de patiënt (nog) geen mening heeft.

1. Wilsbekwaamheid & Wettelijke vertegenwoordiging

Is de patiënt op dit moment wilsbekwaam m.b.t. medische behandelbeslissingen?

○ Ja ○ Nee Toelichting:

Bij wilsonbekwaamheid m.b.t. medische behandelbeslissingen is/wordt de wettelijk vertegenwoordiger:

a) Naam wettelijk vertegenwoordiger:

b) Contactgegevens wettelijk vertegenwoordiger:

c) Relatie tot patiënt:

○ Mentor/Curator ○ Schriftelijk gemachtigde ○ Echtgenoot/partner ○ Ouder ○ Kind ○ Broer/zus ○ Anders:

d) Is de wettelijk vertegenwoordiger ook de eerste contactpersoon? ○ Ja, **ga naar 2** ○ Nee, **ga verder bij vraag e**

e) Naam eerste contactpersoon:

f) Contactgegevens eerste contactpersoon:

g) Relatie tot patiënt: ○ Echtgenoot/Partner ○ Ouder ○ Kind ○ Broer/zus ○ Anders:

2. Gesprek gevoerd in bijzijn van

○ Patiënt ○ Mentor/Curator ○ Schriftelijk gemachtigde ○ Echtgenoot/partner ○ Ouder ○ Kind ○ Broer/zus ○ Anders:

3. Belangrijkste overeengekomen doel van behandeling

○ Levensverlenging ○ Symptoomverlichting ○ Nog onbekend

4. Behandelgrenzen

a) Reanimatie ○ Ja ○ Nee ○ Nog onbekend *Toelichting:*

b) Kunstmatige invasieve beademing ○ Ja ○ Ja, maar... ○ Nee ○ Nee, tenzij... ○ Nog onbekend *Toelichting:*

c) Opname op intensive care ○ Ja ○ Ja, maar... ○ Nee ○ Nee, tenzij... ○ Nog onbekend *Toelichting:*

d) Opname in ziekenhuis ○ Ja ○ Ja, maar... ○ Nee ○ Nee, tenzij... ○ Nog onbekend *Toelichting:*

Ga verder op de volgende pagina >

Dit formulier is met de grootst mogelijke zorg samengesteld. Aan de inhoud kunnen op geen enkele wijze rechten of aanspraken worden ontleend, hetgeen mede inhoudt dat aansprakelijkheid voor eventuele onjuistheden in dit formulier, voor enigerlei schade of voor andersoortige gevolgen die voortvloeien uit of samenhangen met het gebruik van dit formulier is uitgesloten

Gepubliceerd door PZNL & uitgevoerd door IKNL

vervolg behandelgrenzen:

e) Behandeling met antibiotica ◯ Ja ◯ Ja, maar... ◯ Nee ◯ Nee, tenzij... ◯ Nog onbekend *Toelichting:*

f) Toediening van een bloedproduct ◯ Ja ◯ Ja, maar... ◯ Nee ◯ Nee, tenzij... ◯ Nog onbekend *Toelichting:*

g) Overige behandelgrenzen ◯ Ja ◯ Nee ◯ Nog onbekend *Toelichting:*

h) Heeft de patiënt een ICD? ◯ Ja, **ga verder bij vraag i** ◯ Nee, **ga naar 5** ◯ Nog onbekend, **ga naar 5** *Toelichting:*

i) Is er een afspraak over moment van uitzetten ICD? ◯ Ja ◯ Nee, nog geen besluit genomen ◯ Niet besproken
Toelichting gemaakte afspraken:

5. Behandelwensen

a) Wat zouden zorgverleners, volgens de patiënt, moeten weten om goede zorg te kunnen verlenen? Heeft deze patiënt specifieke wensen met betrekking tot zijn zorg? (incl. culturele/religieuze/sociale/spirituele aspecten)

b) Gewenste plek van overlijden: ◯ Thuis ◯ Ziekenhuis ◯ Verpleeghuis ◯ Hospice ◯ Anders ◯ Nog onbekend
Toelichting

c) Euthanasie standpunt: ◯ Heeft euthanasieverklaring ◯ Wenst geen euthanasie ◯ Nog onbekend
◯ Geen euthanasieverklaring, zou wel verzoek kunnen doen in bepaalde situaties
Toelichting

d) Keuze orgaandonatie vastgelegd in donorregister? ◯ Ja ◯ Nee ◯ Nog onbekend

6. Wat verder nog belangrijk is

7. Eerder vastgelegde behandelwensen

a) Heeft de patiënt eerder behandelafspraken vastgelegd? ◯ Ja ◯ Nee ◯ Nog onbekend *Toelichting:*

b) Staan in eerder vastgelegde behandelafspraken andere wensen dan nu in deze verklaring?
◯ Ja ◯ Nee ◯ Nog onbekend

Zo ja, *adviseer de eerder opgestelde wilsverklaring te vernietigen of aan te passen, zodat de behandelafspraken daarin overeenkomen met wat nu in deze verklaring kenbaar is gemaakt. Het intrekken of wijzigen van een levenstestament kan alleen bij de notaris.*

8. Informatie delen

a) Heeft u patiënt geïnformeerd over eigen verantwoordelijkheid om deze behandelafspraken met naasten te bespreken?
◯ Ja ◯ Nee

b) Patiënt gaat akkoord met het delen van deze behandelafspraken met andere betrokken hulpverleners
◯ Akkoord ◯ Nog onbekend

Gepubliceerd door PZNL & uitgevoerd door IKNL

5. Rapportage

Datum		Naam / functie

Datum		Naam/functie

6. FMPC (facultatief)

Functionaliteit, Maatschappelijk, Psychosociaal, Communicatie

Functionaliteit

Activiteiten (ADL):

Mobiliteit/kracht:

Huishoudelijk (HDL):

Valincidenten
☐ nee ☐ ja, ... x per jaar

Maaltijden
☐ zelf ☐ extern

Eetlust:

Maatschappelijk

Veiligheid:

Welzijn:

Ontspanning:

Dagbesteding:

Financiën / wonen:

Sociaal netwerk / mantelzorg:

Overbelasting mantelzorg:

Psychosociaal

Cognitie:

MMSE score: ..... Datum afname: .....

Somberheid / depressie:

Nerveus / angstig:

Eenzaamheid:

Slapen:

Zingeving / levenseinde vragen

Communicatie

Oren:

Ogen:

Spreken:

Medicatie

Therapietrouw: .....
☐ Baxter

Vitamine D gebruik: ☐ ja ☐ nee
☐ Indicatie controle polyfarmacie

Formulier opslaan als... | Formulier afdrukken