

Verwijzing MINDER-poli

Gegevens verwijzend zorgverlener:

Naam zorgverlener	
Werkzaam bij	
Adres	
Emailadres	
Telefoonnummer	
Datum consultatie MINDER polikliniek	

Gegevens patiënt:

1. Naam	
2. Geboortedatum	
3. Geslacht	
4. Adres	
5. Emailadres	
6. Telefoonnummer	
7. Apotheek	
8. Gegevens eerste contactpersoon (naam, relatie met patiënt en telefoonnummer)	
9. Interne of externe verwijzing	
10. Is patiënt in zorg bij specialistische GGZ? Zo ja, waar? Zo nee, ga door naar vraag 12.	
11. Sinds wanneer in zorg binnen de specialistische GGZ? En wat is de reden?	

Minder pilleN voor ouDERen - MINDER-poli

12. Reden van verwijzing naar de MINDER-polikliniek.	
13. Medicatie in gebruik (naam, dosering, hoe vaak per dag). Wees hier volledig en benoem ook 'zo-nodig' medicatie en 'over the counter' medicatie.	

Minder pilleN voor ouDERen - MINDER-poli

14. Gebruikt patiënt een medicatierol (blistel)?	Ja ☐ Nee ☐ of onbekend ☐
15. DSM 5 diagnoses (voorlopige)	
16. Relevante somatische ziekte-episodes of betrokken specialismen vanuit het algemeen ziekenhuis*	
17. Neurocognitieve stoornis? Zo nee, ga door naar vraag 18.	Ja ☐ Nee ☐ Zo ja, welke: of onbekend ☐
18. Heeft het medicatiegebruik invloed op het functioneren van de patiënt (denk hierbij aan SEH-bezoeken, valincidenten, afgenomen therapietrouw?)	
19. Is er op het moment van verwijzing sprake van een crisissituatie?	Ja ☐ Nee ☐

***indien patiënt bekend is bij specialismen in het ziekenhuis, zouden we daar graag recente informatie willen opvragen. Zie de bijgevoegde toestemmingsverklaring aan het einde van deze verwijsbrief. Graag de patiënt laten tekenen, dan kunnen wij de nodige gegevens opvragen. Alvast bedankt.**

Graag als bijlage invoegen:

- **Zo recent mogelijk** medicatie-overzicht maximaal **1 maand oud** van de patiënt
- Relevante medische voorgeschiedenis **als een episodelijst** maximaal 1 maand oud
- **Meest recente laboratoriumuitslagen** (globaal screenend lab, bloedbeeld, nierfunctie, leverfunctie, cholesterol, schildklier, glucose)
- Eventuele allergieën
- Indien van toepassing: CYP p450 bepaling

Patiënt is akkoord met verwijzing:

Datum:

Patiënt is akkoord met terugkoppeling naar de huisarts na het bezoek aan de MINDER-poli:

Datum:

Mondriaan Ouderen

tel 088-5066363, mail: secetariaat.ouderen@mondriaan.eu

Postadres:

Mondriaan ouderen

Postbus 4436 6401 CX Heerlen

TOESTEMMINGSVERKLARING

Ondergetekende:

Naam:

De heer / Mevrouw.....

Geboortedatum:.....

Adres:

Verklaart hierbij toestemming te geven, voor het opvragen en verstrekken van zijn/haar huidige/eerdere behandelgegevens, aan de behandelaar van Mondriaan Ouderen.

☐ Zuyderland

☐ MUMC+

- ☐ Huisarts
- ☐ Neurologie
- ☐ Cardiologie
- ☐ Ouderengeneeskunde
- ☐ Psychologie/Psychiatrie
- ☐ Interne geneeskunde
- ☐ Longziekte
- ☐ Oogheelkunde
- ☐ Radiologie/Beeldvorming
- ☐ Andere GGZ-instellingen nl.....
- ☐ Apotheek
- ☐ Overig nl

Behandelaar:

Heerlen/Maastricht, d.d.

Handtekening:

.....

.....