

Formulier wijziging aanbod acute zorg

Basisgegevens

Versiedatum: Vul hier de datum van deze versie in

Startdatum en tijd Van de voorgenomen wijziging	
Einddatum en tijd Van de voorgenomen wijziging	
Zorgaanbieder die het betreft Naam en locatie waar het om gaat	
Contactpersoon zorgaanbieder Naam en contactgegevens	
Type zorg Vorm van acute zorg die het betreft	
Omvang van de wijziging Gaat het om een gehele of gedeeltelijke, opschorting of beëindiging van de zorg?	
Aanleiding Wat is de reden dat de wijziging in het aanbod moet plaatsvinden?	
Is de wijziging onderdeel van een grotere reorganisatie van het aanbod van zorg? Zo ja, hoe ziet die reorganisatie eruit?	
Welke ideeën zijn er om de continuïteit en beschikbaarheid van acute zorg in de regio te borgen?	

Formulier gaat verder op volgende pagina.

Continuïteitsplan

Zorgaanbieder die het betreft	
Contactpersoon zorgaanbieder	
Voorgenomen wijziging	
Past de wijziging binnen de afspraken die zijn gemaakt in het ROAZ-plan?	
Aanleiding	
Gevolgen voor de zorg	
Gevolgen voor medewerkers	
Uitkomsten bereikbaarheidsanalyse	
Gevolgen voor ketenpartners	
Gevolgen voor de opgeschaalde situatie	
Gemaakte afspraken	
Informereren meldkamers en verwijzers	
Besluitvormingsproces	
Mogelijke risico's voor de patiëntveiligheid	
Draaiboek	

Stuur het volledig ingevulde formulier naar:

Acute Zorgregio Oost

info@azo.nl o.v.v. 'Melding wijziging aanbod acute zorg'