

Aanmeldformulier Derman Woonzorg

Dit formulier gelieve zo volledig mogelijk invullen zodat uw aanvraag zo spoedig mogelijk in behandeling kan worden genomen.

Persoonlijke gegevens	
Achternaam	
Voornaam	
Roepnaam	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum	
Geboorteplaats en -land	
Nationaliteit	
Burgerlijke staat	
Naam evt. partner (voor- en achternaam)	
Zorgverzekeraar	
Polisnummer	
BSN	
Adres	
Postcode, plaats	
Telefoonnummer	
Mobiel	
E-mailadres	
CIZ indicatie	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk: <input type="checkbox"/> Nee

Contactpersoon	relatie tot cliënt	telefoonnummer

Gegevens aanmelding	
Datum aanmelding	
Gewenst ondersteuningsaanbod	<input type="checkbox"/> Verblijf <input type="checkbox"/> Dagbesteding
Aanleiding(-en) voor aanmelding	

Ingang van zorg op gewenste datum:	
------------------------------------	--

Gegevens aanmelder	
Naam aanmelder	
Relatie tot cliënt	
Instantie (indien van toepassing)	
Adres	
Postcode, plaats	
Telefoonnummer	
Mobiel	
E-mailadres	

Situatie cliënt	
Huidige verblijfsvorm	<input type="checkbox"/> Thuiswonend zelfstandig <input type="checkbox"/> Thuiswonend met ondersteuning van thuiszorg <input type="checkbox"/> In zorginstelling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Naam zorgorganisatie	
Adres	
Postcode, plaats	
Naam contactpersoon	
Telefoonnummer contactpersoon	

Dagbesteding	
Huidige of meest recente dagbesteding	<input type="checkbox"/> Dagbestedingscentrum (dagverblijf) <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
Naam instelling	
Contactpersoon	
Telefoonnummer contactpersoon	
E-mailadres contactpersoon	

Huidige zorg- en dienstverleners	
Naam huisarts	
Adres	
Postcode, plaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Naam apotheek	
Adres	
telefoonnummer	
Andere specialisme(-n)	
Naam specialist(-en)	

Dieetvorm	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Namelijk:
Hulpmiddelen en prothesen	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Rolstoel <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

Juridische status	
Rechtspositie	<input type="checkbox"/> Curatele <input type="checkbox"/> Mentorschap <input type="checkbox"/> belangenbehartiger <input type="checkbox"/> Vertegenwoordiger <input type="checkbox"/> nvt
Naam	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Relatie met cliënt	

Bijkomend kosten	
*Waskosten	<input type="checkbox"/> wassen van alle onder en bovenkleding €62,15 per maand <input type="checkbox"/> wassen van alle linnengoed €48,85 per maand
*Tv en Internet aansluiting	<input type="checkbox"/> tv aansluiting op kamer € 11,50 per maand <input type="checkbox"/> internet aansluiting op kamer € 11,50 per maand

Huidige zorginstelling(indien van toepassing)	
Naam instelling 1	
Naam contactpersoon	
Telefoonnummer contactpersoon	
E-mailadres	
Naam instelling 2	
Naam contactpersoon	
Telefoonnummer contactpersoon	
E-mailadres	

Voor een goede dossiervorming en het realiseren van een passend zorgaanbod is informatie over de volgende onderwerpen voor ons van belang:

Checklist te ontvangen documenten;	
<input type="checkbox"/>	Indicatie CIZ
<input type="checkbox"/>	Recent medicatie overzicht
<input type="checkbox"/>	Rapportage(-s) en (ontslag) brieven van externe behandelaars
<input type="checkbox"/>	Een actuele medische voorgeschiedenis of episodelijst
<input type="checkbox"/>	overdracht arts(zorginstelling)
<input type="checkbox"/>	indien van toepassing een zorg/behandelplan
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	

Ondertekening

Akkoordverklaring aanmelding en toestemming tot het opvragen van gegevens

~ Hierbij ga ik akkoord met de aanmelding voor plaatsing bij Derman Woonzorg.

~ Hierbij geef ik Derman Woonzorg toestemming om ten behoeve van de plaatsing bij Derman Woonzorg de volgende gegevens bij derden op te vragen voor zover ik deze niet al bij aanmelding heb meegezonden:

- Rapportages, verslagen en ondersteuningsplannen van huidige of eerdere woon- of dagbesteding situaties
- Observatieverslagen en rapportages van betrokken behandelaren
- Indicatiegegevens CIZ

De cliënt*	Namens de cliënt
Naam:	Naam:
Plaats:	Plaats:
Datum:	Datum:
Handtekening:	Handtekening:

** Indien de cliënt niet bij machte is de verklaring te accorderen, kan volstaan worden met het akkoord van een ouder of wettelijke vertegenwoordiger.*