

AANMELDFORMULIER

Vul dit formulier zo volledig mogelijk in. De gegevens worden vertrouwelijk behandeld en alleen gebruikt voor de beoordeling van de zorgvraag en het bieden van passende ondersteuning



1 PERSOONLIJKE GEGEVENS CLIËNT

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:
D D M M J J

Geslacht: Man Vrouw Anders

BSN:

Adres:

Postcode: Woonplaats:

Telefoonnummer:

2 CONTACTPERSOON EN WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGING

Naam contactpersoon:

Relatie tot cliënt:

Adres:

Telefoonnummer:

E-mailadres:

Heeft deze persoon wettelijke vertegenwoordiging? Ja Nee

Zo ja, welke rol? Ouder Voogd Mentor Curator Bewindvoerder

3 ZORGVRAAG EN HULPBEHOEFTE

Reden van de aanmelding:

Diagnose(s) (indien bekend):

Welke ondersteuning is gewenst? (bijv. begeleiding, dagbesteding, wonen):

Heeft cliënt een indicatie of beschikking?

Zo ja, welke (Wlz, Wmo, Jeugdwet, PGB, Zvw)?

4 MEDISCHE GEGEVENS

Naam huisarts:

Adres huisarts:

Telefoonnr huisarts:

Allergieën:

Medische voorgeschiedenis:

Behandelend specialisten (indien van toepassing):

5 HUIDIGE BEGELEIDING EN ONDERSTEUNING

Ontvangt de cliënt al zorg? Ja Nee

Zo ja, welke instantie(s) bieden de zorg?

Eerdere zorg ervaringen:

6 PERSOONLIJKE VOORKEUREN EN ACHTERGROND

Communicatiebehoeften (taal, hulpmiddelen):

Levensbeschouwing/culturele achtergrond:

Voedingsvoorkeuren of - beperkingen:

Hobby's en interesses:

7 FINANCIËLE EN ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Betalingsgegevens
(indien van toepassing):

Budgethouder en PGB-beheerder
(indien van toepassing)

8 TOESTEMMINGEN EN VERKLARINGEN

ik geef toestemming om mijn gegevens te verwerken volgens de AVG-richtlijnen.

Ja Nee

Ik geef toestemming om mijn gegevens te delen met relevante zorgverleners.

Ja Nee

Handtekening cliënt of vertegenwoordiger:

Datum:

D D M M J J