

Persoonlijke gegevens cliënt:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | : ………………………………………………………………………… |
| Adres | : ………………………………………………………………………… |
| Postcode | : ………………………………………………………………………… |
| Woonplaats | : ………………………………………………………………………… |
| Telefoonnummer | : ………………………………………………………………………… |
| Geboortedatum | : ………………………………………………………………………… |
| Burgerservicenummer (BSN) | : ………………………………………………………………………… |
| Zorgverzekeraar | : ………………………………………………………………………… |
| Polisnummer zorgverzekeraar | : ………………………………………………………………………… |

Mini biografie:

|  |
| --- |
|  |

 Soort zorg:

Somatiek:

PG:

Gezondheidsgegevens:

|  |  |
| --- | --- |
| Reden van aanmelding | : ………………………………………………………………………… |
| Huisarts | : ………………………………………………………………………… |
| Voorbeeld medisch dossier van huisarts | : ………………………………………………………………………… |
|  Specialist(en) (indien van toepassing) | : ………………………………………………………………………… |
| Apotheek | : ………………………………………………………………………… |
| Gebruikte medicatie | : ………………………………………………………………………… |
| Allergieën | : ………………………………………………………………………… |
| Chronische ziektes | : ………………………………………………………………………… |

Financiën:

|  |  |
| --- | --- |
|  Is er een indicatie voor thuiszorg? Ja / Nee | : ………………………………………………………………………… |
|  Zo ja, door wie is deze afgegeven? Soort indicatie: | : ………………………………………………………………………… |
|  Heeft u een aanvullende verzekering voor thuiszorg? Ja / Nee  | : ………………………………………………………………………… |
|  Wat is het zorgzwaartepakket persoonsgebonden budget (PGB) indicatie?  | : ………………………………………………………………………… |
|  Wie is de vertegenwoordiger van het PGB | : ………………………………………………………………………… |
|  Factuuradres  | : ………………………………………………………………………… |
|  IBAN | : ………………………………………………………………………… |

Zorgbehoeften:

|  |
| --- |
|  Gewenste startdatum : ………………………………………………………………………… |
|  Gewenste zorgmomenten : …………………………………………………………………………  |

Zorgactiviteiten (bijvoorbeeld wassen, aankleden, medicatie toedienen):

|  |
| --- |
|   |

Eventuele aanvullende wensen of bijzonderheden:

|  |
| --- |
|  |

Gegevens contactpersoon:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam | : ………………………………………………………………………… |
| Adres | : ………………………………………………………………………… |
| Postcode | : ………………………………………………………………………… |
| Woonplaats | : ………………………………………………………………………… |
| Telefoonnummer | : ………………………………………………………………………… |
| E-mailadres | : ………………………………………………………………………… |
| Relatie tot cliënt | : ………………………………………………………………………… |

Datum : …………………………………………………………………………

Handtekening cliënt/contactpersoon: …………………………………………………………………………

**Door ondertekening van dit formulier gaat u akkoord met de voorwaarden van onze Fellow Thuiszorg. Wij nemen zo spoedig mogelijk contact met u op om uw aanmelding te bespreken en verdere afspraken te maken.**