|  |  |
| --- | --- |
| **Aanmelding door (organisatie)**: | **Datum:** |
| **Naam aanmelder**:  | **Telefoonnummer**:  |

|  |
| --- |
| **Cliëntgegevens**  |
| Naam, voorletters: |  |  |  M/V  |
| Adres, straatnaam: |  |
| Postcode, woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| Geboortedatum: |  |
| Burgerlijke staat: |  |
| Woonsituatie: |  O Alleenwonend O Met partner O Met kinderen  |
| BSN nummer: |  |
| Zorgverzekeraar: |  |
| Polisnummer: |  |

|  |
| --- |
| **1e Contactpersoon** |
| Naam, voorletters: |  |  |  M/V  |
| Relatie tot cliënt: |  |
| Adres, straatnaam: |  |
| Postcode, woonplaats: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mailadres: |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Betrokken hulpverleners** | Naam: | Telefoonnummer: |
| Huisarts: |  |  |
| Thuiszorg: |  |  |
| WMO: |  |  |
| Dagbesteding: |  |  |
| Klinische Geriatrie: |  |  |
| GGZ Ouderen: |  |  |
| Geheugenpoli: |  |  |
| Maatschappelijk Werk: |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicatieaanvraag in gang gezet:** | O Ja O NeeZo ja, voor: O begeleiding groep (dagbehandeling/dagbesteding) O begeleiding individueel. O verpleging/persoonlijke verzorging O ZZP |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose dementie:** |  |
|  | *(Verslag diagnosestelling a.u.b. meesturen met dit formulier)* |
| Door wie is de diagnose gesteld: |  |
| Datum diagnose gesteld: |  |
| Reden casemanagement: |  |
|  | O In kaart brengen zorgbehoefte en psychogeriatrische problematiekO Vinger aan de pols contactO Psycho-educatieO Coördinatie/adviseren/regelen professionele zorgO Toewerken naar dagverzorging/behandelingO Anders; namelijk |
| **Urgentie:**  | O Hoog O Normaal O Laag |
| **Spoed:** | Reden: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Overig** |  |
|  | *Informatie graag meesturen* |
| Situatieschets: |  |
| Medische voorgeschiedenis: |  |
| Medicatie: |  |
| Woonsituatie: |  |
| Culturele achtergrond: |  |
| Mantelzorg bestaat uit: |  |
| Overige informatie: |  |

NETWERK DEMENTIE FRIESLAND