|  |  |
| --- | --- |
| **De Dukdalf en De Linde zijn onderdeel van het Leger des Heils Rijnmond Zuid West** | |
| **Locatie** | **Trajectmanager** |
| De Dukdalf | Patricia Brouwer en Elise de Kam |
| De Linde | Kirsten Korevaar en Yvonne de Waal |
| **Emailadres:** btm.rzw@legerdesheils.nl | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Voor welke locatie(s) meldt u zich aan?** | |
| De Dukdalf in Rotterdam |  |
| De Linde in Dordrecht |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contactgegevens verwijzer / behandelaar** | |
| Datum aanmelding |  |
| Aanmeldende instantie |  |
| Huidig behandeltraject |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NAW cliënt** | | | |
| Naam |  | | |
| Geboortedatum |  | | |
| Geboorteplaats |  | | |
| BSN |  | | |
| Geslacht |  | | |
| Adres |  | Huisnummer |  |
| Postcode |  | Plaats |  |
| Telefoonnummer |  | Emailadres |  |
| Dit is een  GBA  verblijfadres  postadres | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens 1e contactpersoon / wettelijk vertegenwoordiger** | | | |
| Naam contactpersoon |  | | |
| Relatie tot cliënt |  | | |
| Adres |  | Huisnummer |  |
| Postcode |  | Plaats |  |
| Telefoonnummer |  | Emailadres |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens kinderen (indien van toepassing)** | | | |
| Naam | Geboorte datum | BSN | Adres |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zorg gegevens** | | | |
| Naam Huisarts |  | | |
| Telefoonnummer |  | | |
| Zorgverzekeraar |  | Polisnummer |  |
| Naam Apotheek |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Verblijfstatus, indien van toepassing** | |
| Ongedocumenteerd in NL |  |
| Bekend bij IND |  |
| Artikel 64 van kracht |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Financiële situatie** | |
| Soort inkomen (werk, bijstand, pensioen) |  |
| Mentor / bewindvoerder / curator betrokken? Gegevens toevoegen |  |

|  |
| --- |
| **Reden aanmelding en doel van opname bij Dukdalf** |
| Omschrijf hier   1. de reden van aanmelding (diagnose) bij Verpleegafdeling de Dukdalf 2. welke problematiek ook een rol speelt, maar niet de reden van opname is (nevendiagnoses). 3. Doel van opname bij Verpleegafdeling de Dukdalf |

|  |  |
| --- | --- |
| **Diagnose | DSM** | |
| Zo ja, welke en datum |  |
| Gesteld door |  |
| **Omschrijving gedrag** | |
|  | |
| **Omschrijving cognitie en waarneming** | |
| Omschrijf bewustzijn, begrip, concentratie, oriëntatie in tijd plaats en persoon, probleemoplossend vermogen, geheugen. | |
| **Bekend met verslaving?** | |
|  | |
| **Sociaal netwerk** | |
|  | |
| **Mantelzorg** | |
|  | |
| **Werk / dagbesteding** | |
|  | |

|  |
| --- |
| **Medische voorgeschiedenis** |
|  |
| **Huidige medicatie** |
|  |
| **Allergie** |
|  |
| **ACP afspraken: reanimatiebeleid, wel/niet insturen ziekenhuis** |
|  |
| **Bijzonderheden (sondevoeding, zuurstof, insuline etc.)** |
|  |
| **Bekend met resistente bacterie (bijv. BRMO, MRSA etc.)** |
|  |

|  |
| --- |
| **Hulp nodig bij ADL** |
|  |
| **Hulpmiddelen (rolstoel / tillift e.d.):** |
|  |
| **Lengte/ gewicht:** |
|  |
| **Huidige of aangevraagde indicatie (ELV / WLZ / WMO) |** Kopie indicatie graag bijsluiten |
|  |
| **Huidige hulpverlening (contactpersonen)** |
|  |
| **Hulpverleningsgeschiedenis** |
|  |

|  |
| --- |
| **Is cliënt bekend met deze aanmelding?** |
| Ja / Nee |

**In ieder geval bijsluiten:**

* Overzicht medische voorgeschiedenis
* Actueel medicatie overzicht van de apotheek of huisarts
* Andere informatie die relevant is voor de aanmelding

**Indien aanwezig bijsluiten:**

* Zorgplan
* Kopie indicatie
* Toestemmingsverklaring delen van informatie met de Dukdalf
* Kopie zorgverzekering/pas
* Voorwaarden justitie
* Relevante onderzoeksverslagen en diagnostiek (NPO, DSM IV)