**U kunt dit formulier digitaal invullen**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum aanmelding:** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Voor welke locatie(s) meldt u zich aan?** | | | |
| [De Blinkert in Baarn](https://www.legerdesheils.nl/specialistisch-verpleeghuis-de-blinkert)  [Merenhoef in Maarsen](https://www.legerdesheils.nl/locatie/woonzorgcentrum-de-merenhoef-2)  [Buitenhaeghe in Almere](https://www.legerdesheils.nl/locatie/zorgcentrum-buitenhaeghe-2) |  | Open afdeling  Open afdeling  Open afdeling | Gesloten afdeling  Gesloten afdeling  Gesloten afdeling |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Persoonsgegevens** | |
| Achternaam en voorletters: |  |
| Voornamen: |  |
| Geboortedatum: |  |
| BSN-nummer: |  |
| Nog zelfstandige woning? |  |
| Adres huidige woon-/ verblijfplaats:  Eventueel naam van instelling: |  |
| Telefoonnummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Verwijzer en contactpersonen** | |
| **Verwijzer**  Naam:  Emailadres:  Telefoonnummer: |  |
| **1e contactpersoon**  Naam:  Emailadres:  Telefoonnummer: |  |
| **2e contactpersoon**  Naam:  Emailadres:  Telefoonnummer: |  |
| **Huisarts**  Naam:  Emailadres:  Telefoonnummer: |  |
| **Apotheek**  Naam:  Adres:  Telefoonnummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Indicatie** | |
| Indicatie:  **WLZ**  Grondslag:  Hoogte:  **Anders, namelijk** | Ja  Nee  Aangevraagd  Somatisch  Psychogeriatrisch  Anders, nml:  VV04  VV05  VV06  VV07  VV08  Anders, nml: |
| **Eerstelijnsverblijf (ELV)** | Laag Complex  Hoog Complex  Palliatief |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Ziektekostenverzekering** | |
| Maatschappij: |  |
| Polisnummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Begrafenisverzekering** | |
| Maatschappij: |  |
| Polisnummer: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Wet Zorg en Dwang (WZD) - indien van toepassing** | |
| Art. 21 / WZD: |  |
| RM ingangs- en einddatum:  RM houder: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Medische gegevens** | |
| Huidige diagnose:  Gesteld door:  Naam, functie en tel. nr: |  |
| NPO (neuropsychologisch onderzoek):  Gesteld door:  Naam, functie en tel nr: |  |
| Huidige behandeling: |  |
| Medicatie: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bijzonderheden/ voorschriften / afspraken :  (Verslaving, psychiatrie, sociale problematiek) |  |
| Bekend met resistente bacterie:  (MRSA e.d.) | Ja Nee |
| Dieet: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Thuiszorg** | |
| Thuiszorg momenteel? | Ja  Nee |
| Welke instantie levert deze hulp? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Dagbesteding** | |
| Dagbesteding momenteel?  Aantal dagdelen:  Bij welke instantie? | Ja  Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Huishouding** | |
| Huishoudelijke hulp momenteel? | Ja  Nee |
| Welke instantie levert deze hulp? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Algemene dagelijkse levensverrichtingen (ADL) en eventuele hulpmiddelen** | |
| Welke ADL zorg nodig?  Hulpmiddelen (rolstoel/ tillift/rollator):  Lengte:  Gewicht: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Opname doel en huidig ontslag** | |
| Opname doel: |  |
| Reden huidig ontslag: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Gedrag** | |
| Omschrijving (rustig/agressief, e.d.): |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Psychiatrische achtergrond** | |
| DSM lV: |  |
| Behandelaar:  Naam:  E-mail / tel. nummer: |  |
| Huidig behandeltraject: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Verslaving** | |
| Bekend met verslaving?  Welke middelen? | Ja Nee |
| Naam behandelaar:  Emailadres:  Telefoonnummer: |  |
| Huidig behandeltraject: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Sociale- en maatschappelijke situatie** | |
| Gehuwd of anders:  Kinderen (betrokken?): |  |
| Sociaal netwerk:  Mantelzorg: |  |
| Werk/ dagbesteding: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Verblijfstatus** | |
| Illegaal in NL:  Bekend bij IND:  Artikel 64 van kracht: | Ja Nee  Ja Nee  Ja Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Akkoordverklaring** | |
| Geeft de deelnemer toestemming voor uitwisselen gegevens van verwijzer aan Leger des Heils? | Ja  Nee  Graag toestemmingsverklaring bijvoegen |
| Indien nee:  Staat de deelnemer achter de aanmelding?  Toelichting: | Ja  Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Indien van toepassing graag bijsluiten:** | |
|  | Toestemmingsverklaring van de deelnemer |
|  | Kopie huidige indicatie |
|  | Behandelverslag/ontslagrapport |
|  | Relevante onderzoekverslagen |
|  | Kopie Rechterlijke Machtiging/Voorwaardelijke machtiging |
|  | Kopie WZD/zorgmachtiging |

|  |
| --- |
| 1. **Aanmelding versturen** |
| **D****it formulier graag retourneren aan Bureau Trajectmanagement:**  ✉ [zorgbemiddelingmn@legerdesheils.nl](mailto:zorgbemiddelingmn@legerdesheils.nl) |
| **Voor meer informatie:**    088-8907900  **Voor meer informatie over de afdelingen** [**https://www.legerdesheils.nl/zorgaanbod**](https://www.legerdesheils.nl/zorgaanbod)  **Belangrijk**:   * Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld, conform de wet Algemene Verordening Gegevensbescherming. |