**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: |                 |
| **Mentor**Naam:Emailadres:Telefoonnummer: |                 |
| **Bewindvoerder**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 van de WZD: | [ ]  Nee [ ]  Ja, einddatum:       |
| 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 en/of afspraken m.b.t. verslaving, psychiatrie, en 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 V: |       |
| Behandelaar:Naam:E-mail / tel. nummer: |            |
| Huidig behandeltraject: |       |

|  |
| --- |
| 1. **Verslaving**
 |
| Bekend met verslaving?Welke middelen?Abstinent sinds: | [ ] 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  |
| **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.
 |