**U kunt dit formulier digitaal invullen**

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

|  |
| --- |
| 1. **Voor welke regio meld u zich aan ?**
 |
| **Regio MN-Almere** | [ ]  OGGZ- Wijkverpleging[ ]  Casemanagement |
| **Regio MN-Amersfoort** | [ ]  OGGZ- Wijkverpleging |
| **Regio MN-Utrecht** | [ ]  OGGZ- Wijkverpleging[ ]  Casemanagement |
| **Regio GWCA-Amsterdam** | [ ]  OGGZ- Wijkverpleging |

|  |
| --- |
| 1. **NAW-gegevens**
 |
| Achternaam en voorletters:  |       |
| Voornamen: |       |
| Geboortedatum: |       |
| BSN-nummer: |       |
| Adres, postcode, woonplaats: |       |
| Verblijf instelling? Naam en adresgegevens: |       |
| Tel. nummer(s): |       |

|  |
| --- |
| 1. **Aanmelder/ contactpersonen**
 |
| **Verwijzer**Naam:Emailadres/ tel. nummer: |            |
| **Is er een regievoerder?** **Zo ja:**Naam:Emailadres/ tel. nummer: | [ ]  Ja [ ]  Nee           |
| **1e contactpersoon**Naam:Emailadres/ tel. nummer: |            |
| **Huisarts**Naam:Emailadres/ tel. nummer: |            |
| **Apotheek**Naam:Adres:Tel. nummer: |                 |

|  |
| --- |
| 1. **Indicatie**
 |
| Is er sprake van een indicatie Wet Langdurige Zorg?Zo ja, welke indicatie? (Grondslag en hoogte)Wie is dossierhouder?Wie is coördinatie zorg thuis? | [ ]  Ja [ ]  Nee                |
| Is er hulpverlening betrokken vanuit de zorgverzekeringswet?  |       |

|  |
| --- |
| 1. **Zorgverzekeraar**
 |
| Is de deelnemer verzekerd? *zo nee, is een instantie hiermee bezig?* | [ ]  Ja [ ]  Nee      |
| Naam zorgverzekeraar + polisnummer |       |

|  |
| --- |
| 1. **Zorgverlening**
 |
| Reden aanmelding Oggz- wijkverpleging en/ of Casemanagement: |       |
| Waarom is er specialistische Oggz- zorg nodig? |       |
| Wat is de medische gesteldheid op dit moment? *(Evt. diagnoses)* |       |
| Wat is de psychiatrische gesteldheid op dit moment?*(Evt. diagnoses)* |       |
| Is er sprake van een verslaving?*Zo ja, aan welk(e) middel(en)?* |       |
| Omschrijving gedrag: *(Zorgmijdend, agressief, toegankelijk e.d.)* |       |
| Eventueel medicatiegebruik: |       |

|  |
| --- |
| 1. **Netwerk**
 |
| Is er sprake van een steunsysteem? (Familie, vrienden, mantelzorgers) |       |
| Is er hulpverlening betrokken op het gebied van psychiatrie en/of verslaving?*(Contactgegevens)* |       |

|  |
| --- |
| 1. **Woonsituatie**
 |
| Wat zijn de woonomstandigheden?*(Huisgenoten, huisdieren aanwezig? Vervuild, gebruikersvrienden aanwezig? etc.)* |       |
| Hoe kan de verpleegkundige/ casemanager binnenkomen? |       |

|  |
| --- |
| 1. **Prioriteit en frequentie**
 |
| Per wanneer is er zorg nodig: |       |
| Wat is de gewenste frequentie van het bezoek:(Voorkeur voor dag/dagdeel) |       |

|  |
| --- |
| 1. **Bijzonderheden**
 |
| Eventuele opmerkingen over; RM, verblijfstatus, mentor, bewindvoering, curator, relatie met justitie/politie, etc.? |       |

|  |
| --- |
| 1. **Documenten bijgevoegd**
 |
| [ ]  | Medische voorgeschiedenis |
| [ ]  | Actuele medicatielijst  |

|  |
| --- |
| 1. **Verklaringen**
 |
| [ ]  | Deelnemer verklaart akkoord te gaan met de aanvraag en de in de bijlagen verstrekte informatie voor de aanmelding bij LDH.  |
| [ ]  | Deelnemer geeft toestemming om waar nodig aanvullende (medische)gegevens op te vragen bij de instelling waar deelnemer nu in begeleiding is of is geweest. |

|  |
| --- |
| 1. **Aanmelding versturen**
 |
| **D****it formulier graag retourneren aan Bureau Trajectmanagement:**  **Email-adres:**Voor regio GWCA: ✉ verpleging.thuiszorg@legerdesheils.nlVoor regio MN : ✉ oggzwijkverpleging.mn@legerdesheils.nl  |
| **Voor meer informatie:**  **Regio MN:** 088 8907900   **Regio GWCA:** 020 4353232  **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.
 |