**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.nl  Voor regio MN : ✉ [oggzwijkverpleging.mn@legerdesheils.nl](mailto:oggzwijkverpleging.mn@legerdesheils.nl) |
| **Voor meer informatie:**  **Regio MN:** 088 8907900  **Regio GWCA:** [020 4353232](tel:020%204353232)    **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. |