



Aanmeldformulier wijkgerichte zorg

Persoonsgegevens patiënt	
Naam + voorletters _____	
Adres _____	
Postcode + woonplaats _____	
Telefoon _____	
Geboortedatum _____	
Geslacht _____	STICKER
BSN _____	
Ziektekostenverzekering _____	
Polisnummer _____	
Huisarts _____	
Telefoonnummer _____	
Contact zoeken met:	<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Mantelzorger/contactpersoon
Contactpersoon naam en relatie	_____
Telefoonnummer	_____
Thuiszorgorganisatie al betrokken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nee	Zo ja, welke organisatie: _____
Vink aan of het 1) een aanmelding kortdurende begeleiding betreft of 2) aanmelding programma Wijkgerichte Zorg.	
<input type="checkbox"/> 1) Aanmelding kortdurende begeleiding na diagnosestelling Dementie (max 3 maanden) fax alleen blad 1 naar 023-2100170	
of	
<input type="checkbox"/> 2) Aanmelding programma wijkgerichte zorg (langdurige begeleiding door VO, incl. Multidomein Analyse en MDO. Vink op blad 2 de inclusiecriteria aan) fax blad 1 EN 2 ingevuld naar 023-2100170	
Toelichting (Facultatief)	

Wijkgerichte Zorg – www.wijkgerichte-zorg.nl – 06-23584652 – wijkgerichtezorg@kcoetz.nl

Datum vaststelling: 29-4-2019

Auteur: Informatiepunt

Versie 2

<p>Inclusiecriteria voor het programma wijkgerichte zorg Kies voor 1 van de 3 groepen en kruis aan wat van toepassing is</p>
<p>1) Kwetsbaarheid op grond van dementie (minimaal 1 aankruisen)</p>
<input type="checkbox"/> Patiënten met dementie in een gevorderd stadium
<input type="checkbox"/> Matige dementie met gedragsproblemen
<input type="checkbox"/> Matige dementie in combinatie met pre existente chronische psychiatrische problematiek
<input type="checkbox"/> Matige dementie in combinatie met een actuele depressie en/of angststoornis
<input type="checkbox"/> Matige dementie bij zorgweigeraars
<input type="checkbox"/> Matige dementie in afwezigheid van mantelzorgers
<input type="checkbox"/> Matige dementie met tekenen van overbelaste mantelzorgers
<input type="checkbox"/> Matige dementie met systeemproblematiek
<input type="checkbox"/> Jong dementerenden (65 jaar ten tijde van diagnose of jonger)
<input type="checkbox"/> Lewy Body dementie of Parkinsondementie
<input type="checkbox"/> Fronto-temporale dementie
<p>2) Kwetsbaarheid op grond van somatische problematiek Somatische diagnose vermelden en minimaal 1 inclusie criterium aankruisen.</p>
<p>Somatische diagnose (Somatische problematiek met een progressief beloop of blijvende invaliditeit na een ischemisch event in combinatie met tenminste 1 van de volgende criteria) :</p>
<input type="checkbox"/> Hulpbehoevendheid in het dagelijks functioneren
<input type="checkbox"/> Matige dementie
<input type="checkbox"/> Actuele depressie
<input type="checkbox"/> Preexistent chronisch psychiatrisch lijden
<input type="checkbox"/> Betrokkenheid van veel verschillende hulpverleners en coördinatie van samenwerking is noodzakelijk
<p>3) Kwetsbaarheid in algemene zin tenminste 3 aankruisen</p>
<input type="checkbox"/> Polyfarmacie (minimaal 5 verschillende chronische medicamenten)
<input type="checkbox"/> Cognitieve achteruitgang (milde of matige dementie) of cognitieve achteruitgang zonder diagnose bijvoorbeeld bij patiënten die diagnostiek weigeren)
<input type="checkbox"/> Valrisico (2 of meer vallen in het afgelopen half jaar)
<input type="checkbox"/> Zorgweigeraars
<input type="checkbox"/> Tekenen van verwaarlozing van leefomgeving of eigen persoon (persoonlijke hygiëne of gewichtsverlies door inadequate intake)
<input type="checkbox"/> Betrokkenheid van veel verschillende hulpverleners en coördinatie van samenwerking is noodzakelijk

Formulier faxen naar 023-2100170

Wijkgerichte Zorg – www.wijkgerichte-zorg.nl – 06-23584652 – wijkgerichtezorg@kcoetz.nl

Datum vaststelling: 29-4-2019

Auteur: Informatiepunt

Versie 2