



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: _____
1) Kwetsbaarheid op grond van dementie (minimaal 1 aankruisen)	
Inclusiecriteria voor het programma wijkgerichte zorg Kies voor 1 van de 3 groepen en kruis aan wat van toepassing is	
<input type="checkbox"/> Recente diagnose dementie (voorheen kortdurende begeleiding)	
<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	

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

2) Kwetsbaarheid op grond van somatische problematiek Somatische diagnose vermelden en minimaal 1 inclusiecriterium aankruisen.
<u>Somatische diagnose</u> (Somatische problematiek met een progressief beloop of blijvende invaliditeit na een ischemisch event in combinatie met tenminste 1 van de volgende criteria) :
<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
3) Kwetsbaarheid in algemene zin tenminste 3 aankruisen
<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 versturen met Zivver, faxen naar 023-2100170