

Uw persoonlijk gegevens ¹

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____
 Geboortedatum .. - .. - Geslacht man vrouw
 Geboorteplaats _____
 Burgerlijke staat Ongehuwd/gehuwd/gescheiden/weduwe/weduwnaar/samenwonend/onbekend ²
 Nationaliteit _____
 BSN-nummer (voorheen SOFI-nummer) _____

Persoonlijke gegevens van uw partner (indien van toepassing)

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____
 Geboortedatum .. - .. - ... Geslacht man vrouw

Leefsituatie

Gezinssituatie Alleenwonend
 Samenwonend
 Kinderen of andere huisgenoten

Naam huisgenoten	Geboortedatum	Relatie ³
_____	.. - .. - ..	_____
_____	.. - .. - ..	_____
_____	.. - .. - ..	_____
_____	.. - .. - ..	_____
_____	.. - .. - ..	_____

Uw woonadres

Straat en huisnummer _____ Nummer _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____ 2^e telefoonnummer _____
 E-mailadres _____

Tijdelijk verblijf elders (indien van toepassing)

Instelling tijdelijk verblijf _____
 Afdeling _____
 Straat en huisnummer _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____
 Verwachte verblijfsduur Opname datum .. - .. - ..
 Vermoedelijke ontslagdatum .. - .. - ..

¹ Bedoeld is hier de persoon die de aanvraag doet voor begeleiding door Bolwerk Zorggroep

² Doorhalen wat niet van toepassing is

³ Bijvoorbeeld: dochter, zoon, broer, zus, oom of tante

Naastbetrokkenen

1. Heeft u een naastbetrokkene (**partner, familielid, goede vriend**) die u mee wilt nemen naar het Zorgtoeleidingsgesprek? Ja Nee
Let wel: niet uw verwijzer of behandelaar invullen!

Zo ja:

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____ Geslacht man vrouw
 Straat en huisnummer _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____ Relatie tot de vrager _____
 E-mailadres _____

2. Wie kunnen wij waarschuwen in geval van nood (zodra u eenmaal bij Bolwerk Zorggroep in zorg bent)?
Let wel: niet uw verwijzer of behandelaar invullen!

- dezelfde persoon als hierboven
 anders, nl:

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____ Geslacht man vrouw
 Straat en huisnummer _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____ Relatie tot de vrager _____
 E-mailadres _____

Postadres

Naar welk adres kan uw post worden gestuurd?

- Woonadres
 Tijdelijk adres
 Naastbetrokkene onder 1.
 Naastbetrokkene onder 2.

Uw huisarts

Naam _____
 Vestigingsplaats _____
 Telefoonnummer _____

Ziektekostenverzekeraar

Naam _____
 Registratienummer _____

Uw begeleidingsvraag

Welke vorm van begeleiding heeft u nodig?

Is er door uw behandelaar of huisarts een diagnose gesteld?

Ja, welke _____

Nee. Wat is dan uw probleem?: _____

Heeft u op het moment contact met een hulpverlenende instantie?

Nee

Ja, Welke hulp krijgt u en waarvoor?

Wie is uw hulpverlener en van welke instantie?

Naam instelling _____

Naam hulpverlener Dhr. Mw. _____

Straat en huisnummer _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Welke hulp heeft u nodig van Bolwerk Zorggroep? ⁴

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beschermd Wonen
(U wenst te wonen in een woning van Bolwerk Zorggroep) | <input type="checkbox"/> Algemeen |
| | <input type="checkbox"/> Ouderen |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een stoornis in het autistisch spectrum |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een Korsakov Syndroom |
| | <input type="checkbox"/> Gezinsbegeleiding (Moeder met kind) |
| | <input type="checkbox"/> ADHD |
| | <input type="checkbox"/> Jeugd (24-uurs zorg) |
| | <input type="checkbox"/> Chorea van Huntington |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Begeleid Zelfstandig Wonen
(U wenst in uw eigen woonruimte begeleiding te ontvangen) | <input type="checkbox"/> Algemeen |
| | <input type="checkbox"/> Ouderen |
| | <input type="checkbox"/> Gezinsbegeleiding Bolwerk Zorggroep |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een stoornis in het autistisch spectrum |
| | <input type="checkbox"/> ADHD |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een Korsakov Syndroom |
| | <input type="checkbox"/> Laatste kans beleid |

Hoe lang denkt u de gevraagde begeleiding nodig te hebben?

Minder dan drie maanden

⁴ Aankruisen wat van toepassing is

- Meer dan drie maanden, korter dan een jaar
- Langer dan een jaar
- Onbekend

Zijn er bijzonderheden in de communicatie waar wij rekening mee moeten houden?

Heeft u bijvoorbeeld ondersteuning nodig van een dovertolk of een taaltolk?

Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger?

- Nee
- Ja, is dezelfde als naastbetrokkene onder 1.
- Ja, is dezelfde als naastbetrokkene onder 2.
- Ja, namelijk

Naam _____

Straat en huisnummer _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Heeft u een beperkende maatregel opgelegd gekregen door de rechter?

- Nee
 - Ja
 - Rechtelijke machtiging (RM)
 - Voogdij
 - Machtiging met voorwaardelijk ontslag
 - Voorlopig/voortgezette machtiging
 - Strafrechtelijke justitiële contacten (TBS)
 - Onder toezichtstelling (OTS)
 - Anders, namelijk: _____
 - Onder curatele stelling
-

Uitwisseling van gegevens

Geeft u toestemming aan andere personen of instellingen die zorg of hulp aan u verlenen (zoals uw huisarts en/of behandelaar) om zo nodig informatie te verstrekken aan Bolwerk Zorggroep? Ja Nee

Geeft u toestemming aan Bolwerk Zorggroep om een indicatie voor zorg aan te vragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en hen ook te voorzien van (medische) gegevens die relevant zijn in dit verband? Ja Nee

Geeft u toestemming aan uw behandelaar om informatie aan het CIZ te verstrekken in verband met de aanvraag voor een indicatie? Ja Nee

Geeft u toestemming aan Bolwerk Zorggroep voor het verstrekken van informatie aan andere personen of instellingen die zorg of hulp aan u verlenen? Ja Nee

Heeft u een WA-verzekering?

- Nee
- Ja
 - Verzekeraar _____
 - Tussenpersoon _____
 - Polisnummer _____

Ondertekening aanvrager

Ondergetekende bevestigt hierbij de aanvraag voor begeleiding en/of behandeling van Bolwerk Zorggroep en verklaart tevens dit aanmeldingsformulier naar waarheid en volledig te hebben ingevuld.

Naam _____
Woonplaats _____
Datum . . - . . - . .
Handtekening _____

Indien de aanvrager niet zelf in staat is de aanvraag te ondertekenen, dient de wettelijk of gemachtigd vertegenwoordiger de aanvraag te ondertekenen.

Ondertekening gemachtigde

Ondergetekende bevestigt hierbij de aanvraag voor begeleiding en/of behandeling van Bolwerk Zorggroep en verklaart tevens dit aanmeldingsformulier naar waarheid en volledig te hebben ingevuld.

Naam _____
Woonplaats _____
Datum . . - . . - . .
Relatie tot aanvrager _____
Reden waarom de aanvrager niet in staat is om de aanvraag zelf te ondertekenen _____

Handtekening

Het aanmeldingsformulier is samen met het verwijzingsformulier (wordt ingevuld door uw verwijzer), een schriftelijke aanvraag voor zorg door Bolwerk Zorggroep.

Wij verzoeken u in overleg met uw verwijzer beide formulieren aan onze instelling te zenden. Tevens verzoeken wij u vriendelijk om een kopie van uw geldig identiteitsbewijs en ziektekostenverzekering mee te sturen. Indien u reeds in het bezit bent van een geldige indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die mogelijk ook voor Bolwerk Zorggroep kan gelden, ontvangen wij hier graag een kopie van.

Het kan zijn dat Bolwerk Zorggroep voor het vaststellen van uw begeleidingsbehoefte aanvullende gegevens nodig heeft van uw behandelaar of huisarts. Deze toestemmingsverklaring is verplicht om de benodigde informatie bij uw behandelaar of huisarts op te kunnen vragen. Wij verzoeken u deze verklaring volledig in te vullen en te ondertekenen.

Toestemmingsverklaring voor het opvragen van uw gegevens

Ondergetekende (aanvrager/gemachtigde)

Naam _____
Adres en huisnummer _____
Postcode _____
Woonplaats _____
Geboortedatum _____

Gemachtigde (Alleen in te vullen als de aanvrager niet in staat is te ondertekenen)

Naam _____
Adres en huisnummer _____
Postcode _____
Woonplaats _____
Relatie tot de aanvrager _____

machtigt hierbij de huisarts en/of behandelaar tot het geven van informatie aan:

De heer/mevrouw _____
Functie _____

Medewerker bij Bolwerk Zorggroep

Het betreft een aanvraag in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dan wel informatie in het kader van de begeleiding aan cliënt.

Ondergetekende gaat akkoord met bovenstaande

Plaats _____
Datum
Handtekening _____

Het adres: Stichting Maatschappelijke Dienstverlening Bolwerk, Postbus 232, 7200 AE Zutphen

Ten aanzien van alle gegevens worden de zorgvuldigheidseisen in acht genomen conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)