# **Indicatie besluit**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam + voorletter(s) cliënt: | | |  | | | | | | | | | | |
| Geslacht: | |  |  | | | | | | | | | | |
| Geboortedatum cliënt: | |  |  | | | | | | | | | | |
| Straat + huisnummer: | |  |  | | | | | | | | | | |
| Postcode + woonplaats: | | |  | | | | | | | | | | |
| Zorgverzekeraar | |  |  | | |  | | | |  | | | |
| Verzekeringsnummer | |  |  | | |  | | | |  | | | |
| Burgerservicenummer (BSN): | | |  | | | | | | | | | | |
| Team dat zorg gaat verlenen: | | |  | | | | | | | | | | |
| Eindverantwoordelijke WV: | | |  | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Alleen indicatiestelling gedaan, geen zorg nodig of zorg wordt geleverd door andere aanbieder | | | | | | | | |  | |  |  |
| **Situatieschets:** | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Zie tabblad Inventarisatie Situatie  Nadere toelichting voor overdracht, zie hieronder: | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Vanuit zorgplan afgesproken met de cliënt (per week)** |  | | |  |  | |  |  | uren | | minuten |  |
| **Extramurale zorg** | | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **GVP** | Behandelen/zorgverlenen | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **VP** |  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| Oproepbaar? \*\* | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **PV** | Oproepbaar? \*\* | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **AIV\*** | Betreft Zorgtraject begeleiding Dementie | | | | | | |  |  | |  |  |
| Anders | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
|  | | |  |  | |  |  |  | |  |  |
| **Totaal** | | | | | | | | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Afwijkende financiering** | | | | | | **Complexiteit** | | | **Domotica:** | | |  |  |
| PGB | | | |  |  | Hoog | |  | Zorg op afstand | |  |  |  |
| Particulier | | | |  |  | Midden | |  |  | |  |  |  |
| Asielzoeker | | | |  |  | Laag | |  | Farmaceutische Telezorg | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| Vakantie cliënt | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
|  | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| **Doelgroepen:** | | | | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| Kortdurende ziekenhuisnazorg < 3 maanden | | | | | | | | | | | | | |
| Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken < 3 maanden | | | | | | | | | | | | | |
| Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken > 3 maanden Zwaartepunt = somatische problematiek waaronder Palliatieve zorg | | | | | | | | | | | | | |
| Zorg aan kwetsbare ouderen en chronisch zieken > 3 maanden met zwaartepunt op psychogeriatrische problematiek | | | | | | | | | | | | | |
| Zorg aan terminale cliënten: 3 - 6 maanden | | | | | | | | | | | | | |
| Preventie aan kwetsbare ouderen die nog geen of lichte zorgvraag hebben | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | |  |  |  | |  |  | |  |  |  |
| Gewenste startdatum: |  |  | Ingevuld door: | | | |  | | |
| Evaluatie datum: |  |  | Telefoon: | | | |  | | |
| Verwachte einddatum: |  |  | Datum: | | | |  | | |
|  |  |  | Handtekening | | | |  | | |
|  |  |  |  | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Checklist** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Cliëntgegevens ingevuld en aangemaakt in Thuiszorgplanner | | | | | |  |  |  |
| Formulier indicatiestelling tbv aanspraak wijkverpleging is in Thuiszorgplanner toegevoegd (onder documenten cliënt) | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |