

<b>Algemeen</b>		Versiedatum: 2-12-15	
naam:	geb dat:		
adres:	telnr:		
woonplaats:	BSN:		
<b>1e contactpersoon van pat(naam/telnr):</b>			
Huisarts:	verzekering- polisnr.:		
burgerlijke staat/samenlevingsvorm:			
kinderen:	aantal/afstand		
juridische maatregel: RM/IBS/bewindvoering/mentor/curator/geen			
woonvorm: zelfst/aanleun/ Samenw/ VZH/ VPHsom/VPH pg/GRZ/GGZ instelling			
Naam zorginstelling/lokatie:			
<b>Zorg</b>			
WMO indicaties:			
CLZ indicatie:			
Indic. Zorgverz:			
<b>Meest betrokken hulpverlener(naam/telnr):</b>			
<b>ingeschakelde zorg/ ondersteuning:</b>			
wijk/thuiszorg	ja/nee	Dementieconsulent	ja/nee
huish hulp	ja/nee	vrijwilligers	ja/nee
dagverz/dagbeh	ja/nee	fysio	ja/nee
alarm	ja/nee	ergo	ja/nee
medicatie op rol	ja/nee	psycholoog	ja/nee
		gespec VPK	ja/nee
		dietiste	ja/nee
		ouderenadviseur	ja/nee
		GGZ hulpverlener	ja/nee
<b>instellingen</b>			
Welzijnszorg	thuiszorgorganisatie		
<b>testen functionaliteit/cognitie/stemming</b>			
MMSE	mobiliteit		
CDR	hulpmiddel (stok/rollator)		
stemming	continentie		
	risico op ondervoeding		
	risico op delier		
	risico op vallen		
	risico op decubitus		
	beperkingen communicatie		
	hulpmiddel (bril/HTS)		
<b>Behandelbeperkingen/allergie</b>			
reanimeren	vastgelegd door/ datum		
Beademen	vastgelegd door/ datum		
Naar IC	vastgelegd door/ datum		
Overige behandelbeperkingen	vastgelegd door/ datum		
Allergie	vastgelegd door/ datum		
euthanasieverklaring	datum		
niet behandelverklaring	datum		
ik ben accoord dat deze gegevens verstrekt worden aan betrokken zorgverleners: ja/nee/datum			

