

Aanmeldformulier CMD

Gegevens cliënt

Voorletter(s) en achternaam: Tel:.....
Geboortedatum:..... Mobiel:.....
BSN:..... Huisarts:.....
Adres:.....
Postcode en Plaats:.....



Eerste contactpersoon

Naam:..... Relatie:.....
Telefoonnummer:.....

Contact opnemen met patiënt: Ja/Nee Is patiënt alleenstaand: Ja/Nee
Contact opnemen met contactpersoon: Ja/Nee

Diagnosedatum:.....

Diagnose:

- Alzheimer
- Vasculair
- Frontotemporaal
- Lewy Body
- Korsakov
- Dementieel beeld (niet specifiek)
- Anders:.....

Diagnose door (naam):

Geriatr:..... Neuroloog:.....
Huisarts:..... Anders:.....

Arts wil op de hoogte gehouden worden: Ja/Nee

Ziekte informatie:

Complexiteit zorgsituatie: Laag complex / matig complex / hoog complex
Urgentie begeleiding: laag/ matig/ hoog

Toestemming patiënt:

- Ik geef toestemming om gebeld te worden over mogelijke begeleiding door casemanager dementie en informatie te geven over de diagnose.

Voorkeur zorgaanbieder:

- Patiënt krijgt begeleiding van de GGZ:.....
- Patiënt krijgt begeleiding van een praktijkondersteuner ouderen (POH)
- Patiënt ontvangt thuiszorg van:.....
- Patiënt heeft de voorkeur voor de volgende zorgaanbieder:
 - Icare
 - Buurtzorg
 - Zorggroep Noordwest Veluwe (ZNWV)
 - Verian
 - Coloriet
 - Woonzorgunie Veluwe
 - Allertzorg
 - Curadomi
 - RST
 - Anders:.....
- Patiënt heeft geen voorkeur of voorkeur is onbekend