

Aanmeldformulier casemanagement Dementie

Datum aanmelding hulpvraag:	
Cliënt	Verwijzer of waarnemer
Naam: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Huisarts / specialist:
Geboortedatum:	Telefoon:
Adres:	Apotheek:
Postcode/plaats:	
Telefoon:	Thuiszorgorganisatie al betrokken? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
BSN:	Zo ja, welke organisatie:

Persoonsgegevens partner	Contactpersoon
Naam partner: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V	Naam contactpersoon intake:
Voorletters:	Relatie tot cliënt:
Geboortedatum:	Telefoon contactpersoon:
Telefoon:	Emailadres contactpersoon:
Emailadres partner:	

Reden aanmelding
<input type="checkbox"/> Ondersteuning cliënt / mantelzorger <input type="checkbox"/> Overbelasting cliënt / mantelzorger <input type="checkbox"/> Informatie / advies cliënt / mantelzorger
Is er sprake van: <input type="checkbox"/> Agressie <input type="checkbox"/> Alcoholproblemen <input type="checkbox"/> Gedragsproblemen <input type="checkbox"/> Relatieproblemen
Toelichting huidige problematiek:
Is cliënt gescreend: <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, door Naam: Specialisme: Datum:
Diagnose of oorzaak dementie: <input type="checkbox"/> Alzheimer <input type="checkbox"/> Lewy-Body <input type="checkbox"/> Alzheimer/Vasculaire dementie <input type="checkbox"/> Frontotemporale dementie (FTD) <input type="checkbox"/> Anders <input type="checkbox"/> Parkinson <input type="checkbox"/> Onbekend
Gesteld door: Naam: Specialisme: Datum:
Medicatieoverzicht: aub meesturen als bijlage

Urgentie eerste contact
<input type="checkbox"/> Vandaag <input type="checkbox"/> Deze week <input type="checkbox"/> 14 dagen (standaard) <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:

Het formulier kunt u mailen naar het wijkteam.

Contactgegevens wijkteam, zie hiervoor onze website www.beterwijkzorg.nl

Toets de postcode in van de cliënt om de juiste contactgegevens te vinden.