

## Aanmeldformulier Dementie Doorbemiddeling Zuidoost en Diemen

Postcode gebied: 1100-1114 - Doelgroep: recent gestelde diagnose

Volledig ingevuld retourneren naar: E-mail: <a href="mailto:zorgbemiddeling@cordaan.nl">zorgbemiddeling@cordaan.nl</a> Fax: 020 – 887 00 00 Telefoonnummer : 088 – 2673226	<b>AVG: Veilig verzenden:</b> 1. Fax is een veilige verbinding 2. Mail tussen deze Zorgmail domeinen* 3. Anders versleuteld verzenden
<b>*Controleer hier (<a href="https://relay.zorgmail.nl/domainbook_ezda.txt">https://relay.zorgmail.nl/domainbook_ezda.txt</a>) of de partij waar je naar mailt is aangesloten bij Zorgmail.</b>	

Datum aanvraag		Contact opnemen met: <input type="checkbox"/> Cliënt <input type="checkbox"/> Contactpersoon
Spoed <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Onveiligheid, gevaarlijke situaties <input type="checkbox"/> financieel misbruik <input type="checkbox"/> mishandeling, verwaarlozing <input type="checkbox"/> zeer ernstige overbelasting mantelzorg	<input type="checkbox"/> toelichting op spoedaanvraag
*BSN:		
Naam aanmelder	Naam: Functie aanmelder: Organisatie:	Tel. nr : E-mail :
Naam cliënt	Dhr. /Mevr.	geboortedatum: ..... - ..... -.....
Adres	Adres: Postcode:	Tel nr.:
Zorgverzekeraar		Polis nr.:
Verblijf cliënt elders ?	0 in ZH nee, Bij ja welk ZH	
Burg. Staat	0 gehuwd / 0 ongehuwd / 0 weduwe-weduwenaar / 0 gescheiden / 0 samenwonend	
Zelfstandig woning		
Sociale situatie	0 alleenwonend 0 met partner 0 met kind	
Diagnose	0 MCI 0 Vasculaire dementie 0 dementie NAO 0 Ziekte van Alzheimer 0 Ziekte van Alzheimer/ Vasculaire dementie 0) FTD 0 anders .....	
Gesteld door	Wie : Waar : Wanneer :	
Lab- onderzoek	Lab conform NHG standaard dementie verricht 0 ja 0 nee	
	Afwijkende lab-uitslagen gevonden 0 ja 0 nee	
MMSE Score		
Naam Huisarts		
POH betrokken	0 ja 0 nee in geval ja naam	
SPV betrokken	0 ja 0 nee in geval ja naam	
Vraag aanmelder	0 advies/informatie/voorlichting/vroeg signalering (AIV) 0 inzet casemanager	
Betrokken hulpverleners	0 thuiszorg ja / nee 0 dagbesteding ja/ nee In geval; ja waar? 0 wijkverpleging	

*Dit formulier bestaat uit twee pagina's.*

Contactpersoon	Naam : Relatie : Tel nr. :
Aanmelding besproken en privacy- aspecten	Cliënt akkoord <input type="checkbox"/> ja Mantelzorger akkoord <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee n.v.t Cliënt is akkoord met uitwisseling van relevante medische gegevens <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
Reden/ motivatie aanvraag casemanager	
Stempel en handtekening huisarts	