



## Stichting Erve het Geurts

### PERSOONSGEGEVENS

Achternaam/meisjesnaam:

Voornaam:

Geboortedatum:

BSN:

### ADRESGEGEVENS

Adres:

Postcode/Plaats:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer:

Emailadres:

### 1E CONTACTPERSOON FAMILIE

Naam:

Relatie tot deelnemer:

Telefoonnummer:

Mobiel nummer:

Emailadres:

### 1E CONTACTPERSOON ZORG - BEGELEIDER THUIS/CASEMANAGER

Naam:

Functie:

Zorgorganisatie:

Telefoonnummer:

Emailadres:

## WELBEVINDEN DEELNEMER

Hobby's/Interesses:

  
  

Vanuit onze visie richten wij ons in de begeleiding op de onderstaande aspecten. Wilt u aankruisen welk aspect volgens u het meest van belang is in de begeleiding van u als deelnemer?

- |                          |                              |                          |              |
|--------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------|
| <input type="checkbox"/> | Welbevinden                  | <input type="checkbox"/> | Respect      |
| <input type="checkbox"/> | Autonomie en Zelfstandigheid | <input type="checkbox"/> | Dialogoog    |
| <input type="checkbox"/> | Activering                   | <input type="checkbox"/> | Eigen talent |

Aanwijzingen voor begeleiders met betrekking tot motoriek, concentratie, gezichtsvermogen of gehoor:

De begeleiders verrichten geen medische handelingen. Wel kunnen we deelnemers herinneren aan bijvoorbeeld medicatie-inname. Zijn er medische zaken waarvan wij op de hoogte moeten zijn om te kunnen herinneren?

## INDICATIE

Soort indicatie:  
*Graag aankruisen welke indicatie van toepassing is.*

- |                          |   |                      |                            |                      |      |                      |
|--------------------------|---|----------------------|----------------------------|----------------------|------|----------------------|
| <input type="checkbox"/> | WMO, Gemeente:  | <input type="text"/> | Geldigheidsduur indicatie: | <input type="text"/> | tot: | <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> | Onderaannemerschap/MPT, Hoofdaannemer Zorginstelling: | <input type="text"/> |                            |                      |      |                      |
| <input type="checkbox"/> | WLZ/PGB*  |                      |                            |                      |      |                      |
| <input type="checkbox"/> | Particulier   |                      |                            |                      |      |                      |

De indicatie is afgegeven vanwege:

\*Indien WLZ/PGB dan graag hier de gegevens van de (toekomstige) gewaarborgde hulp van het PGB noteren:

Naam:	<input type="text"/>
Relatie tot deelnemer:	<input type="text"/>
Telefoonnummer:	<input type="text"/>
Emailadres:	<input type="text"/>

## AAN TE LEVEREN DOCUMENTEN

Ten behoeve van een acute noodsituatie waarbij medisch personeel van de ambulancedienst informatie nodig heeft en ten behoeve van ons keurmerk Kwaliteitszorg hebben wij onderstaande documenten nodig. Deze documenten worden toegevoegd aan het digitale dossier van de cliënt en alleen in geval van nood gebruikt.

Is een recent medicijnpaspoort van de apotheek toegevoegd aan het intakeformulier?  Ja  Nee

Is er sprake van een wilsverklaring NIET-reanimeren?  Ja  Nee

Indien 'Ja': Is een kopie Wilsverklaring NIET-reanimeren toegevoegd aan het intakeformulier?  Ja  Nee

In geval dat een andere cliënt schade aanricht aan u persoonlijk of aan uw eigendommen, ontvangen wij graag het polisnummer van uw WA-verzekering. Het is onze ervaring dat dit vrijwel nooit gebeurt. Voor het keurmerk zijn wij echter verplicht dit te vragen.

Polisnummer:

## AKKOORDVERKLARINGEN

Ik ga akkoord met de gewone huis, tuin en keukenrisico's die kunnen optreden tijdens activiteiten zoals bijvoorbeeld het bereiden van maaltijden, wandelen of bezig zijn in de tuin.

Ja  Nee

Handtekening:

Ik ga akkoord met het gebruik van van mij gemaakte foto's/video's. Dit materiaal mag alleen ten behoeve van Erve het Geurts gebruikt worden voor PR, zoals op of in website, social media, krant en foldermateriaal.

Ja  Nee

Handtekening:

Ik ben op de hoogte gesteld van de klachtenregeling. Ik weet dat ik terecht kan bij het bestuur of de vertrouwenspersonen van Erve het Geurts.

Ja  Nee

Handtekening:

De volgende documenten heb ik ontvangen en van deze documenten heb ik kennis genomen:

Privacyreglement:  Ja  Nee

Handtekening:

Klachtenregeling:  Ja  Nee

Handtekening:

Procedure Agressie, Ongewenste initimiteiten en strafbare handelingen.  Ja  Nee

Handtekening:

## IN TE VULLEN DOOR ADMINISTRATIE ERVE HET GEURTS

Ontvangen:

Volledig ingevuld intakeformulier

Datum ontvangst:

Datum verwerkt:

Indicatie

Datum ontvangst:

Datum verwerkt:

Medicijnlijst

Datum ontvangst:

Datum verwerkt:

Verklaring NIET-reanimeren

Datum ontvangst:

Datum verwerkt: