**Aanmeldingsformulier ziekenboeg**

Alleen een volledig & digitaal ingevuld formulier, *wordt in behandeling genomen!*

*Digitaal ingevuld formulier* ***via ZorgMail versturen*** *naar:* [*ziekenboegaanmelding@ggd.amsterdam.nl*](mailto:ziekenboegaanmelding@ggd.amsterdam.nl)

*Let op: dit formulier bestaat uit 4 pagina’s.*

**Gegevens aanmelder**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam : |  |
| Organisatie + Adres: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| e-mailadres: |  |
| Datum aanmelding: |  |

**Gegevens huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam hoofdbehandelaar: |  |
| Organisatie + Adres: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| e-mailadres: |  |

**Gegevens betrokken specialist**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam hoofdbehandelaar: |  |
| Organisatie + Adres: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| e-mailadres: |  |

**Persoonsgegevens Cliënt**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Achternaam: |  | Geslacht: | |  |
| Initialen: |  | BSN: | |  |
| Voornaam(en): |  | | | |
| Woon-/Inschrijfadres: |  | Postcode: |  | |
| Woonplaats: |  | Tel. nummer: |  | |
| Geboortedatum: | M | Nationaliteit: |  | |
| Geboorteplaats: |  |  |  | |
| Land van herkomst: |  | V-nummer |  | |
| Gegevens contactpersoon: |  | | | |
| Identiteitsbewijs: |  | Nummer: |  | |
| Zorgverzekering: |  | Polisnummer: |  | |
| WMO indicatie (j/n) |  | WLZ (j/n) |  | |

**Reden van aanmelding**

|  |  |
| --- | --- |
| Actueel medisch probleem: |  |
| Verpleegkundige hulpvraag: |  |
| Verwachte duur van opname: |  |

**In- en uitstroom**

|  |  |
| --- | --- |
| Huidige verblijfsplek: |  |
| Indien ziekenhuis/zorginstelling, waar verbleef patiënt vooraf aan huidige verblijfsplek: |  |
| Uitstroom na ziekenboeg: |  |
| Aanmelding vervolgplek: |  |

**Somatisch**

|  |  |
| --- | --- |
| Is er sprake van een resistente bacterie of infectie waarvoor de ziekenboegen maatregelen voor moeten treffen om verspreiding te voorkomen? Zoals een MRSA of BRMO? |  |
| Somatische problemen/voorgeschiedenis: |  |
| Medicatie: |  |

**Psychisch**

|  |  |
| --- | --- |
| Psychisch/psychiatrisch: |  |
| Verslaving (welke middelen/ hoeveel/hoe vaak): |  |
| Cognitie (LVB/NAH/dementie): |  |
| Behandelaar GGZ/ verslaving: |  |

**Functioneel**

|  |  |
| --- | --- |
| ADL zelfstandigheid: |  |
| Mobiliteit: |  |
| Incontinentie: |  |
| Visus/gehoor: |  |

**Sociaal**

|  |  |
| --- | --- |
| Korte beschrijving sociale situatie: |  |
| Duur dakloos: |  |
| Familie/sociaal vangnet: |  |
| Gedrag (agressie/zorg mijden/ anderszins): |  |
| Bejegeningsadvies: |  |
| Contact justitie/reclassering: |  |
| Trajecthouder (naam/contact): |  |
| Mentor/bewindvoerder (naam/contact): |  |
| Overige hulpverlening: |  |

|  |
| --- |
| **Overige informatie** |
|  |

**Acties/afspraken korte termijn (na aankomst ziekenboeg)**

|  |  |
| --- | --- |
| Afspraken in ziekenhuis: |  |
| Overige afspraken:  Instructies verzorging/ verpleging |  |

**Mee te zenden bijlage(n):**

* Medische overdracht van huisarts of specialist
* Kopie Identiteitsbewijs
* Kopie CIZ indicatiebesluit (indien beschikbaar)