

Aanmeldformulier CMD

versie november 2022



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
- ☐ Frontotemporale
- ☐ 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:
 - ☐ POH van huisartsenpraktijk.....
 - ☐ Icare
 - ☐ Buurtzorg
 - ☐ Zorggroep Noordwest Veluwe (ZNWV)
 - ☐ Verian
 - ☐ Coloriet
 - ☐ Woonzorgunie Veluwe
 - ☐ Allergo
 - ☐ Curadomi
 - ☐ RST
 - ☐ Anders:.....
- ☐ Patiënt heeft geen voorkeur of voorkeur is onbekend