

Naastbetrokkenen

1. Heeft u een naastbetrokkene (**partner, familielid, goede vriend**) die u mee wilt nemen naar het Zorgtoeleidingsgesprek? Ja
Let wel: niet uw verwijzer of behandelaar invullen! Nee

Zo ja:

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____ Geslacht man vrouw
 Straat en huisnummer _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____ Relatie tot de vrager _____
 E-mailadres _____

Mag deze naastbetrokkene op de adressenlijst van de Naastbetrokkenen Raad van Riwis Zorg & Welzijn? ja nee

2. Wie kunnen wij waarschuwen in geval van nood (zodra u eenmaal bij Riwis in zorg bent)?

dezelfde persoon als hierboven

anders, nl:

Achternaam _____
 Voorletter(s) _____ Geslacht man vrouw
 Straat en huisnummer _____
 Postcode _____
 Woonplaats _____
 Telefoonnummer _____ Relatie tot de vrager _____
 E-mailadres _____

Postadres

Naar welk adres kan uw post worden gestuurd?

- Woonadres
 Tijdelijk adres
 Naastbetrokkene onder 1.
 Naastbetrokkene onder 2.

Uw huisarts

Naam _____
 Vestigingsplaats _____
 Telefoonnummer _____

Ziektkostenverzekeraar

Naam _____
 Registratienummer _____

Uw begeleidingsvraag

Welke vorm van begeleiding heeft u nodig?

Is er door uw behandelaar of huisarts een diagnose gesteld?

- Ja, welke _____
- Nee. Wat is dan uw probleem?: _____

Heeft u op het moment contact met een hulpverlenende instantie?

- Nee
- Ja, Welke hulp krijgt u en waarvoor? _____

Wie is uw hulpverlener en van welke instantie?

Naam instelling _____

Naam hulpverlener Dhr. Mw. _____

Straat en huisnummer _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Welke hulp heeft u nodig van Riwis Zorg & Welzijn? ⁴

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Beschermd Wonen
(U wenst te wonen in een woning van Riwis
Zorg & Welzijn) | <input type="checkbox"/> Algemeen |
| | <input type="checkbox"/> Ouderen |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een stoornis in het autistisch spectrum |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een Korsakov Syndroom |
| | <input type="checkbox"/> Gezinsbegeleiding (Moeder met kind) |
| | <input type="checkbox"/> ADHD |
| | <input type="checkbox"/> Jeugd (24-uurs zorg) |
| | <input type="checkbox"/> Chorea van Huntington |
| <input type="checkbox"/> Begeleid Zelfstandig Wonen
(U wenst in uw eigen woonruimte begeleiding
te ontvangen) | <input type="checkbox"/> Algemeen |
| | <input type="checkbox"/> Ouderen |
| | <input type="checkbox"/> Gezinsbegeleiding Riwis Zorg & Welzijn |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een stoornis in het autistisch spectrum |
| | <input type="checkbox"/> ADHD |
| | <input type="checkbox"/> Mensen met een Korsakov Syndroom |
| | <input type="checkbox"/> Laatste kans beleid |
| <input type="checkbox"/> Omnizorg | |

Hoe lang denkt u de gevraagde begeleiding nodig te hebben?

- Minder dan drie maanden
- Meer dan drie maanden, korter dan een jaar
- Langer dan een jaar
- Onbekend

⁴ Aankruisen wat van toepassing is

Zijn er bijzonderheden in de communicatie waar wij rekening mee moeten houden?

Heeft u bijvoorbeeld ondersteuning nodig van een dovertolk of een taaltolk?

Heeft u een wettelijk vertegenwoordiger?

- Nee
- Ja, is dezelfde als naastbetrokkene onder 1.
- Ja, is dezelfde als naastbetrokkene onder 2.
- Ja, namelijk

Naam _____

Straat en huisnummer _____

Postcode _____

Woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Heeft u een beperkende maatregel opgelegd gekregen door de rechter?

- Nee
- Ja
 - Rechtelijke machtiging (RM)
 - Voogdij
 - Machtiging met voorwaardelijk ontslag
 - Voorlopig/voortgezette machtiging
 - Strafrechtelijke justitiële contacten (TBS)
 - Onder toezichtstelling (OTS)
 - Anders, namelijk:
 - Onder curatele stelling

Uitwisseling van gegevens

Geeft u toestemming aan andere personen of instellingen die zorg of hulp aan u verlenen (zoals uw huisarts en/of behandelaar) om zonodig informatie te verstrekken aan Riwis Zorg & Welzijn? Ja Nee

Geeft u toestemming aan Riwis Zorg & Welzijn om een indicatie voor zorg aan te vragen bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ) en hen ook te voorzien van (medische) gegevens die relevant zijn in dit verband? Ja Nee

Geeft u toestemming aan uw behandelaar om informatie aan het CIZ te verstrekken in verband met de aanvraag voor een indicatie? Ja Nee

Geeft u toestemming aan Riwis Zorg & Welzijn voor het verstrekken van informatie aan andere personen of instellingen die zorg of hulp aan u verlenen? Ja Nee

Heeft u een WA-verzekering?

Nee

Ja

Verzekeraar	_____
Tussenpersoon	_____
Polisnummer	_____

Ondertekening aanvrager

Ondergetekende bevestigt hierbij de aanvraag voor begeleiding van Riwis Zorg & Welzijn en verklaart tevens dit aanmeldingsformulier naar waarheid en volledig te hebben ingevuld.

Naam _____
Woonplaats _____
Datum .. - .. - ..
Handtekening _____

Indien de aanvrager niet zelf in staat is de aanvraag te ondertekenen, dient de wettelijk of gemachtigd vertegenwoordiger de aanvraag te ondertekenen.

Ondertekening gemachtigde

Ondergetekende bevestigt hierbij de aanvraag voor begeleiding van Riwis Zorg & Welzijn en verklaart tevens dit aanmeldingsformulier naar waarheid en volledig te hebben ingevuld.

Naam _____
Woonplaats _____
Datum .. - .. - ..
Relatie tot aanvrager _____

Reden waarom de aanvrager niet in staat is om de aanvraag zelf te ondertekenen

Handtekening

Het aanmeldingsformulier is samen met het verwijzingsformulier (wordt ingevuld door uw verwijzer), een schriftelijke aanvraag voor zorg door Riwis Zorg & Welzijn.

Wij verzoeken u in overleg met uw verwijzer beide formulieren aan onze instelling te zenden. Tevens verzoeken wij u vriendelijk om een kopie van uw geldig identiteitsbewijs en ziektekostenverzekering mee te sturen.

Indien u reeds in het bezit bent van een geldige indicatie van het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ), die mogelijk ook voor Riwis Zorg & Welzijn kan gelden, ontvangen wij hier graag een kopie van.

Riwis Zorg & Welzijn deelt u bij deze mee dat zij is aangesloten bij de Ketenregistratie Huiselijk Geweld, hetgeen betekent dat in voorkomende gevallen informatie wordt uitgewisseld.

Het kan zijn dat Riwis Zorg & Welzijn voor het vaststellen van uw begeleidingsbehoefte aanvullende gegevens nodig heeft van uw behandelaar of huisarts. Deze toestemmingsverklaring is verplicht om de benodigde informatie bij uw behandelaar of huisarts op te kunnen vragen.

Wij verzoeken u deze verklaring volledig in te vullen en te ondertekenen.

Toestemmingsverklaring voor het opvragen van uw gegevens

Ondergetekende (aanvrager/gemachtigde)

Naam _____
Adres en huisnummer _____
Postcode _____
Woonplaats _____
Geboortedatum _____

Gemachtigde *(Alleen in te vullen als de aanvrager niet in staat is te ondertekenen)*

Naam _____
Adres en huisnummer _____
Postcode _____
Woonplaats _____
Relatie tot de aanvrager _____

machtigt hierbij de huisarts en/of behandelaar tot het geven van informatie aan:

De heer/mevrouw _____
Functie _____

Medewerker bij Riwis Zorg & Welzijn

Het betreft een aanvraag in het kader van de Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten, dan wel informatie in het kader van de begeleiding aan cliënt.

Ondergetekende gaat akkoord met bovenstaande

Plaats _____
Datum .. - - ..
Handtekening _____

Het adres: **Riwis Zorg & Welzijn, t.a.v. Cliëntenservicebureau, Postbus 10230, 7301 GE Apeldoorn.**

Ten aanzien van alle gegevens worden de zorgvuldigheidseisen in acht genomen conform de Wet Bescherming Persoonsgegevens (WBP)