SVB Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt: ID:

AANVRAAG VOOR ZORG

Landsverordening algemene verzekering bijzondere ziektekosten (P.B. 1996 no. 211)

Dit formulier is uitsluitend bestemd voor de Indicatiestelling van de AVBZ. Het dient als een vertrouwelijk stuk te worden behandeld en in een gesloten enveloppe te worden gestuurd naar de Sociale Verzekeringsbank te Pater Euwensweg 9 onder vermelding van "Indicatie Aanvraag" of gemaild naar avbz@svbcur.org of eventueel te worden gefaxt met vooraankondiging naar nr: 434-4514.

Instelling:…… Datum:……

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS:

- Achternaam: ……..……..… Voornamen: ……..…..
- Huisadres: ……..…….. Land: ……..……
- Identiteitsnr.: ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Geslacht: …. Burgelijke staat: ……...
- Ziektekostenverzekering met nummer: ……...
- Naam contactpersoon: ……..…….. Tel: ……....

ZORGGEGEVENS:

- Naam huisarts :…….……. Specialist(en): ……..……...
- Medische diagnose: …….. Datum/jaar incident: ……...….
- Verpleegkundige Diagnose:……
- Categorie:…..
- Sociale omstandigheden:

Inwonende personen				
Naam	Geslacht	Geb. Datum	Beroep	Relatie cliënt

Woonsituatie			
Type woning:	Aantal kamers		
Toegankelijkheid woning:	O heuvel	O smalle weg	O makkelijk bereikbaar
O huis heeft smalle deuren	O anders:		

- Mantelzorg: ☐ dochter ☐ zoon ☐ vader ☐ moeder ☐ anders:……...
- Mantelzorg inwonend: ☐ ja ☐ nee Mantelzorg buitensh.werkend: ☐ ja ☐ nee

SVB Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt: ID:

***ADL-SCORE**, invullen met 0, 1 of 2*

Gaan zitten	in/uit bed gaan	wassen/ douchen	aan/uit kleden	naar toilet gaan	eten en drinken	**TOTAAL**

0 = uitvoering niet zelfstandig mogelijk, betrokkene is geheel afhankelijk van hulp
1 = kan door betrokkene wel gedaan worden, maar alleen met hulp
2 = uitvoering is geheel zelfstandig mogelijk, zonder hulp

VOORTBEWEGING

ZELFSTANDIG O zonder hulpmiddel O met wandelstok O met 3-4 poot/ looprek
O met rollator O met rolstoel
MET HULP O met ondersteuning O in rolstoel

ANDERS:…….

COMMUNICATIE

VISUS O goed O slechtziend O blind
GEHOOR O goed O hardhorend O doof
SPRAAK O goed O moeilijk verstaanbaar O onverstaanbaar
AFASIE O geen O aanwezig in lichte mate O aanwezig in ernstige mate

ANDERS:…….

VERPLEGINGSASPECTEN

AMPUTATIE O geen O ja, van de volgende ledematen: ……....
PROTHESE(N) O geen O ja, voor de volgende ledematen: ……...
CONTRACTUREN O geen O ja, van de volgende ledematen: ……....
VERLAMMINGEN O geen O ja, parese O links O rechts O partieel O totaal O
paralyse O links O rechts O partieel O totaal O
INCONTINENTIE O geen O soms O altijd O van urine
O geen O soms O altijd O van faeces
DECUBITUS O geen O ja O graad 1 O graad 2 O graad 3 O graad 4

ANDERS/ AANVULLENDE

INFO…….....……

……

MEDICIJN GEBRUIK

ZELFSTANDIG O uitzetten O innemen
O klaarzettten
MET HULP O uitzetten O innemen
O klaarzettten

ANDERS:…….

SVB Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt: ID:

PSYCHISCHE STATUS

BEWUSTZIJN	O helder	O suf	O reageert niet op aanspreken	
GEDRAG	O normaal	O passief	O onrustig	
	O behulpzaam	O afwerend	O agressief	
	O anders:.....			
STEMMING	O goed	O somber		
	O anders:.....			
ORIËNTATIE	in tijd:	O goed	O wisselend	O gestoord
	in plaats:	O goed	O wisselend	O gestoord
	in persoon:	O goed	O wisselend	O gestoord

KENNENDE FUNCTIES

ik- besef:	O goed	O derealisatie	O depersonalisatie
waarneming:	O goed	O hallucinatie,	manifesterend als:……
denken:	O goed	O wanen, manifesterend als ……	

	Wijkverpleging			KPF
Zorgproduct Hoofd Code	Dagelijks	Wekelijks	Maandelijks	Uren p/w
				… x ….. uur
				. . x .. … uur
				. . x ….. uur
				. . x ….. uur
				. . x ….. uur
				. . x ….. uur

Noodzakelijke zorgproducten

Samenvattende noodzaak tot deze aanvraag:

SVB Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt: ID:

Datum in zorg: ……..

Naam en Handtekening verpleegkundige:…….

Voor behandeling indicatiestelling ABZV:

TYPE ZORG

O Persoonsgebondenbudget (PGB)

O Instelling

FREQUENTIE ZORG

O Aantal behandelingen	O Uren per week	
O 20 uren p/w	O 25 uren p/w	O 30 uren p/w
O 35 uren p/w	O 40 uren p/w	O inwonend

Datum advies: ……..