

Naam cliënt: \_\_\_\_\_

ID: \_\_\_\_\_

## AANVRAAG VOOR ZORG

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

*Dit formulier is uitsluitend bestemd voor de Indiciëstelling 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](mailto: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:

<b>Inwonende personen</b>				
Naam	Geslacht	Geb. Datum	Beroep	Relatie cliënt
<b>Woonsituatie</b>				
Type woning:		Aantal kamers		
Toegankelijkheid woning:		<input type="checkbox"/> heuvel	<input type="checkbox"/> smalle weg	<input type="checkbox"/> makkelijk bereikbaar
<input type="checkbox"/> huis heeft smalle deuren		<input type="checkbox"/> anders:		

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



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  zonder hulpmiddel  met wandelstok  met 3-4 poot/ looprek  
 met rollator  met rolstoel

MET HULP  met ondersteuning  in rolstoel

ANDERS:.....

***COMMUNICATIE***

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

ANDERS:.....

***VERPLEGINGSASPECTEN***

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

ANDERS/ AANVULLENDE

INFO.....  
 .....

***MEDICIJN GEBRUIK***

ZELFSTANDIG  uitzetten  innemen  
 klaarzetten

MET HULP  uitzetten  innemen  
 klaarzetten

ANDERS:.....



Naam cliënt:

ID:

**PSYCHISCHE STATUS**

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

**KENNENDE FUNCTIES**

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

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

**Noodzakelijk  
e  
zorgproducte  
n**

**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***

Persoonsgebondenbudget (PGB)

Instelling

***FREQUENTIE ZORG***

<input type="radio"/> Aantal behandelingen .....	<input type="radio"/> Uren per week .....	
<input type="radio"/> 20 uren p/w	<input type="radio"/> 25 uren p/w	<input type="radio"/> 30 uren p/w
<input type="radio"/> 35 uren p/w	<input type="radio"/> 40 uren p/w	<input type="radio"/> inwonend

Datum advies: .....