

AVBZ

AANVRAAG VOOR THUISZORG

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

Dit formulier is uitsluitend bestemd voor de Indicatiecommissie van de AVBZ t.a.v. het Secretariaat. Het dient als een vertrouwelijk stuk te worden behandeld en in een gesloten enveloppe te worden gestuurd naar het Sociale Verzekeringsbank te Pater Euwensweg 9 of gemailld naar avbz@svbcur.org of eventueel te worden gefaxt met vooraankondiging naar nummer:434-4514.

Naam 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:	<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

I.D:

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

Hoofd Code				
				... x uur
				.. x uur
				.. x uur
				.. x uur
				.. x uur
				.. x uur

**Noodzakelijke
zorgproducten**

Samenvattende noodzaak tot deze aanvraag:

Datum in zorg:



SVB Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt

I.D:

Naam en Handtekening verpleegkundige: