

Naam cliënt: .....

I.D: .....

## AVBZ EVALUATIE FORMULIER

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 de Sociale Verzekeringsbank te Pater Euwensweg 9 of gemaïld naar avbz@svbcur.org. of te worden gefaxt naar nr: 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: .....
- Verpleegk. diagn:..... Cat: .....
- Sociale omstandigheden:

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

- Mantelzorg:  dochter  zoon  vader  moeder  anders:.....



Naam cliënt:

I.D:

- Mantelzorg inwonend:  ja  nee
- Mantelzorg buitensh.werkend: ja  nee

**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

**Functionele gegevens: (beschrijven wat je ziet)**

- Bovenste extremiteiten: .....
- Onderste extremiteiten: .....
- Zitten (hoofdbalans/rompbalans): .....
- Verplaatsen (hoe het gebeurt): .....
- Transfers (afhankelijkheid): .....
- ADL-activiteiten: .....
- Cognitief/mentaal: .....
- Badkamer toegankelijkheid beschrijven: .....

Samenvattende noodzaak tot deze aanvraag:



**SVB** Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt:

I.D:

**Naam en Handtekening verpleegkundige:.....**