



Parelhoenderhoeve B.V.
Schelpenbolweg 7
1774NE Slootdorp
Email: info@parelhoenderhoeve.nl
Tel: 085 080 52 97

Persoonsgegevens van de zorgvrager:

Achternaam: _____
Voornamen: _____
Geboortedatum: _____
Nationaliteit: _____
Geslacht: _____
Straat en huisnummer: _____
Postcode en woonplaats: _____
Email: _____
Burgerservicenummer: _____
Contactpersoon: _____
Telefoonnummer: _____
Zorgzwaartepakket: _____

Ziektekostenverzekering:

Naam verzekeringsmaatschappij: _____
Polisnummer: _____

Wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing):

Naam, voorletters: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____
Email: _____
Soort vertegenwoordiger: _____

Ouders / verzorger (indien van toepassing):

Naam, voorletters: _____
Adres: _____
Postcode en woonplaats: _____
Telefoonnummer: _____

Huidige situatie:

Ontvang de zorgvrager momenteel zorg op een andere plek? ja nee

Zoja, welke? _____

Welke financiering heeft de zorgvrager op dit moment:

Wlz **Wmo** **Anders**
 Zorg in natura Zorg in natura Namelijk: _____
 Pgb

Waarvoor vraagt de zorgvrager ondersteuning aan?

Leeftijdsfase van de zorgvrager qua zelfredzaamheid, sociale ontwikkeling, IQ

Diagnose

Welke risico's brengt het begeleiden van de zorgvrager met zich mee? (bijvoorbeeld: geweld tegen medewerkers, of medebewoners, brandstichting, vernieling, suïcide pogingen etc). Ook incidenten uit het verleden moeten hier worden vermeld.

Is de zorgvrager bekend met verslaving? (alcohol, drugs, andere)

Huisregels Parelhoenderhoeve

Bevestig hier dat de zorgvrager de huisregels begrijpt en zich hier aan kan conformeren.

Eventuele opmerkingen of toelichting:

Selecteer eventuele aandachtspunten:

Persoonlijk

- Emotieregulatie
- Automutilatie
- Middelenmisbruik verleden

Medisch

- Medische zorg
- Suikerziekte
- Slecht ter been

Overig

- Risico voor weglopen
- Verkeersveiligheid
- Overlast

Graag de volgende documenten meesturen bij de aanmelding:

- CIZ indicatie (kopie)
- Toekenningsbeschikking indien het om een pgb gaat (kopie)
- Beschikking mentorschap of curatorschap, indien van toepassing (kopie)
- Persoonlijk behandelplan
- Risico analyse
- Kopie ID-bewijs
- Recente verslaglegging
- IQ- gegevens
- Verklaring voor Toestemming van uitwisselen medische gegevens

Uitsluitingscriteria Parelhoenderhoeve

De uitsluitingscriteria staan op de website van de Parelhoenderhoeve. Door het ondertekenen van dit document verklaart u dat deze criteria niet van toepassing zijn op de zorgvrager.

Ondertekenen

Hierbij geeft ondergetekende toestemming aan De Parelhoenderhoeve voor het inwinnen van onderstaande informatie bij specialisten en/ of andere instanties en om de beschikbare rapportages voor interne doeleinden te gebruiken.

- Persoonsgegevens
- Medische gegevens
- Rapportages voorgaande instellingen
- informatie overdracht voorgaande instelling
- raadplegen Ciz gegevens (Wlz indicatie)

Aldus overeengekomen en ondertekend,

naam: _____

te.: _____

d.d.: _____

de zorgvrager*

*Of handtekening(en) van degene(n) die namens de zorgvrager de aanmelding indient plus vermelding van hoedanigheid op basis waarvan hij bevoegd is / zij bevoegd zijn

