

Aanmeldformulier CMD

Gegevens cliënt

Voorletter(s) en achternaam: Tel:.....
 Geboortedatum:..... Mobiel:.....
 BSN:..... Huisarts:.....
 Adres:.....
 Postcode en Plaats:.....

Eerste contactpersoon

Naam:..... Relatie:.....
 Telefoonnummer:.....

Contact opnemen met patiënt:	Ja/Nee	Is patiënt alleenstaand:	Ja/Nee
Contact opnemen met contactpersoon:	Ja/Nee		

Diagnosedatum:.....

Diagnose:

- Alzheimer
- Vasculair
- Frontotemporaal
- Lewy Body
- Korsakov
- Dementieel beeld (niet specifiek)
- Anders.....

Diagnose door (naam):

Geriatr:..... Neuroloog:.....
 Huisarts:..... Anders:.....

Arts wil op de hoogte gehouden worden: Ja/Nee

Ziekte informatie:

Complexiteit zorgsituatie: Laag complex / matig complex / hoog complex
 Urgentie begeleiding: laag/ matig/ hoog

Toestemming patiënt:

- Ik geef toestemming om gebeld te worden over mogelijke begeleiding door casemanager dementie en informatie te geven over de diagnose.

Voorkeur zorgaanbieder:

- Patiënt krijgt begeleiding van de GGZ:.....
- Patiënt krijgt begeleiding van een praktijkondersteuner ouderen (POH)
- Patiënt ontvangt thuiszorg van:.....
- Patiënt heeft de voorkeur voor de volgende zorgaanbieder:
 - Woonzorg Flevoland
 - Coloriet
 - Icare
 - ZONL
 - Talma Urk
 - PGVZ
 - Buurtzorg
 - Allertzorg
 - Anders, nl.....
- Patiënt heeft geen voorkeur of voorkeur is onbekend