

CLIËNTGEGEVENS

Naam:		Telefoon:	
Voorletter(s):		Mobiel:	
Adres:		Geboortedatum:	
Postcode:		BSN:	
Plaats:		Geslacht:	☐ Man ☐ Vrouw

Gegevens zorgverzekeraar:

Polisnummer:

Datum start zorg (wenselijk):

Naam Huisarts:

Naam Apotheek:

Telefoon Huisarts:

Telefoon Apotheek:

Naam Specialist:

Naam zorgverzekeraars:

GEGEVENS CONTACTPERSONEN

1e contactpersoon

Naam:

Relatie tot kind:

Telefoon:

Email:

2e contactpersoon

Naam:

Relatie tot kind:

Telefoon:

Email:

GEGEVENS AANVRAGER

Naam verpleegkundige:

Ziekenhuis:

Afdeling:

Telefoon afdeling:

Zoemer nummer:

Datum zorgaanvraag:

AANVRAAG GEGEVENS

Heeft uw kind al een indicatie?

Nee

Ja, namelijk:

WLZ Jeugdwet

ZVW

ZIN

PGB

Zijn er nog andere instanties betrokken die vallen onder deze indicatie?

(tijdelijke) Woonzorg

Logeerzorg

Verpleegkundige Kinderopvang

Nee

Ja, namelijk:

Thuiszorg

Naam van organisatie:

Ziektebeeld/Anamnese:

Korte voorgeschiedenis:

Hulpvragen:

Voeding: (oraal/neussonde/PEG) (Soort voeding) (Voedingsmomenten)

Medicatie: (Soort medicatie) (Hoe vaak per dag)

In welk bed slaapt het kind:

Hooghekken bed (baby/peuter)

Hooglaag bed (1 persoonsbed)

1 persoonsbed met hoge hekken

Dagprogramma kind: (Slaap/rust)

VERPLEEGKUNDIGE HANDELINGEN

Handelingen	Uitvoering verzoek Ja/Nee		Opmerkingen
Zuurstof	Ja	Nee	L/min
Saturatie bewaking	Ja	Nee	Ondergrens Bovengrens
Sondevoeding	Ja	Nee	ml/uur
Infuus	Ja	Nee	ml/uur
Stoma	Ja	Nee	
Canule /Beademing	Ja	Nee	
Wondzorg	Ja	Nee	
Overige	Ja	Nee	

ONTWIKKELING

Communicatieve ontwikkeling:

Cognitieve ontwikkeling:

Emotionele ontwikkeling:

Sociale ontwikkeling (evt. school/dagbesteding):

Motorische ontwikkeling:

Zintuigen (in welke mate hoort, ziet en ruikt het kind enz):

Stressfactoren:

GEZINSSITUATIE

Gezinssamenstelling:

Hulp in thuissituatie:

Geloofsovertuiging:

Ziektebeleving van ouder/kind:

ALLERGIEËN

Ja Nee

Namelijk:

REANIMATIEBELEID

Ja Nee Moet nog besproken worden met ouders

Namelijk:

FORMULIEREN

Te regelen formulieren/hulpmiddelen (let op dat er een machtiging nodig is vanuit de aanvrager alvorens er apparatuur kan worden aangevraagd)

Medische brief

Uitvoeringsverzoek

Machtiging TEFA/Sorgente of anders

Recent medicatielijst apotheek

Anders:

GEMAAKTE AFSPRAKEN

Afgenomen door:

Datum: