**INTAKEFORMULIER II**

**Klever:**

**Identiteit zorgbehoevende:** Naam: «first\_name» «last\_name»

Adres: «street\_and\_number» «zipcode» «city»

Telefoon: «phone\_number» / «cellphone\_number»

Geboorteplaats:………………………………………….

Nummer id:………………………………………………..

**Identiteit mantelzorger:** Naam: «vertegenwoordiger voornaam naam»

Telefoon: «vertegenwoordiger telnummer»

Email: «vertegenwoordiger email»

Relatie tov zorgbehoevende: «vertegenwoordiger relatie zorgvrager»

Sleutel: ja/nee

In nood contacteren:………………………………….

**Te factureren aan:** ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Andere professionele hulp:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Poetsdienst | |  |
| Gezinszorg | |  |
| Huisarts | |  |
| Ziekenhuis | |  |
| Verpleging | |  |
| Kinesist | |  |
| Personenalarmsysteem | |  |
| Syndicus |  |
| Dienstencheques |  |
| Andere |  |

Synergie:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Poetsdienst |  | Thuishotel |  |
| Gezinszorg |  | Zorghotel |  |
| Dienstencheques |  | Serviceflats |  |
| Kraamzorg |  | Fysioteam |  |
| Thuisverpleging |  | Ostheopaat |  |
| Het verpleegkundig kabinet |  | Diëtiste |  |
| Palliatieve zorg |  | Schoonheidsinstituut |  |
| Ortho-shop |  | Kapsalon |  |
| Personenalarmering |  | Brasserie plazA12 |  |
| Woningaanpassing |  | Hoorcentrum |  |
| BOWI |  | Optieker |  |
| Thuiszorgcentrum |  | Podoloog |  |

|  |
| --- |
| Rookbeleid:  Klant rookt: Ja / nee  \*Te noteren in opmerkingenveld orbid maatwerk |

|  |
| --- |
| Opmerkingen: |

|  |
| --- |
| Specifieke vraag naar: |