

## Meldingsformulier zorg en ondersteuning

### Persoonlijke gegevens

Naam: \_\_\_\_\_ Voorletters: \_\_\_\_\_ m/v  
Adres: \_\_\_\_\_ Postcode: \_\_\_\_\_ Woonplaats: \_\_\_\_\_  
Geboortedatum: \_\_\_\_\_ BSN: \_\_\_\_\_  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_ Burg. Staat: gehuwd/ ongehuwd/  
Huisarts: \_\_\_\_\_ alleenstaand/ samenwonend

### Gegevens contactpersoon/melder

Indien melding wordt ingediend door iemand anders dan cliënt:

Naam: \_\_\_\_\_ Voorletters \_\_\_\_\_ m/v  
Telefoonnummer: \_\_\_\_\_ Mobiel nummer: \_\_\_\_\_  
E-mailadres: \_\_\_\_\_ Relatie met cliënt: \_\_\_\_\_

Is meneer/mevrouw op de hoogte van de melding: JA/NEE

Is meneer mevrouw zelf woordvoerder: JA/NEE

### Probleembeschrijving

Kunt u vertellen wat uw probleem is? Waar loopt u tegen aan? Wat lukt niet?

---

---

---

---

---

---

---

---

### Eigen kracht

Wat heeft u tot nu toe zelf gedaan om uw probleem op te lossen? Kunt u uw probleem op een andere manier oplossen? Kunt u aan familie of kennissen hulp vragen?

---

---

---

---

---

---

Gegevens:

Uw gegevens zetten we in ons cliëntsysteem. Ook verwerken we deze in uw ondersteuningsplan. Wij delen nooit gegevens met andere professionals zonder dat eerst met u te bespreken. Wij vernietigen uw gegevens na maximaal 15 jaar.

### Waar vraagt u hulp bij?

U kunt hieronder aankruisen waarbij u hulp vraagt:

- Wonen
- Gezin / relatie
- Sociale contacten (de omgang met familie, vrienden, kennissen)
- Dagbesteding
- Huishouden
- Vervoer en mobiliteit
- Financiën
- Verslaving
- Geestelijke gezondheidszorg
- Mantelzorg: - ik verleen mantelzorg aan (naam):  
- ik ontvang mantelzorg van (naam):
- Anders nl.

### Behandeling/Verwijzing

Staat u onder behandeling van een arts , specialist en/of therapeut: ja/nee

Zo ja, bij wie? \_\_\_\_\_

Bent u verwezen: ja/nee

Zo ja, door wie? \_\_\_\_\_

### Ondersteuning tijdens het gesprek met de consulent

Het is mogelijk dat u tijdens het gesprek wordt ondersteund door iemand uit uw netwerk(zoon, dochter, iemand anders die u goed kent). Daarnaast kunt u gebruik maken van een onafhankelijk cliëntondersteuner bij het gesprek.

Ik voer het gesprek alleen met de consulent JA/NEE

Ik laat mij tijdens het gesprek ondersteunen door iemand uit mijn netwerk: JA/NEE

Ik maak gebruik van een onafhankelijk Cliëntondersteuner: JA/NEE

### Toestemming

Geeft u toestemming dat wij uw huisarts melden dat het Sociaal Team bij u betrokken is?:

JA/NEE

Indien u hiermee akkoord gaat, wilt u dan dit formulier ondertekenen.

### Ondertekening

Datum: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam: \_\_\_\_\_

Handtekening: \_\_\_\_\_

Gegevens:

Uw gegevens zetten we in ons cliëntstelsel. Ook verwerken we deze in uw ondersteuningsplan. Wij delen nooit gegevens met andere professionals zonder dat eerst met u te bespreken. Wij vernietigen uw gegevens na maximaal 15 jaar.