

Inschrijfformulier belangstellende lijst

Wonen bij PGVZ



Voor- en achternaam		
Geboortedatum		
BSN-nummer		
Geslacht		
Burgerlijke staat		
Adres		
Postcode/ Woonplaats		
Gegevens contactpersoon die wij mogen benaderen; naam, telefoonnummer en email*		
WLZ Indicatie* (Grondslag, Nummer (ZZP) en startdatum)		
Contact gegevens Huisarts* (Naam van verantwoordelijke Huisarts + Praktijk)		
Contactgegevens andere betrokken disciplines		
Indien van toepassing: Gegevens Wettelijke vertegenwoordiger		
Huidige en/of voorgaande zorgaanbieder(s)*		
Medische voorgeschiedenis*		
Omschrijving van de zorgbehoefte*		
Is het <i>'Toestemmingsformulier verstrekken (medische) persoonsgegevens'</i> ondertekend? *	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

* Zonder deze informatie is het voor ons helaas niet mogelijk om de aanvraag in behandeling te nemen.

Inschrijfformulier belangstellende lijst

Wonen bij PGVZ



Voor welk wooninitiatief wilt u zich inschrijven?

Graag een '1' neer zetten bij de eerste voorkeur en een '2' bij de tweede voorkeur.

	Wooninitiatief	Plaats	Met welke indicatie kunt u hier terecht?
<input type="checkbox"/>	Akkerwinde	Genemuiden	WLZ VG VPT
<input type="checkbox"/>	De Bogaard	IJsselmuiden	WLZ VG VPT
<input type="checkbox"/>	Huis Assendorp	Zwolle	WLZ, VPT of verblijf zonder behandeling (V&V en LG)
<input type="checkbox"/>	Woongroep 2000	Apeldoorn	WLZ VG PGB
<input type="checkbox"/>	Stationskwartier	Kampen	WLZ LG, VG-verblijf zonder behandeling of VPT
<input type="checkbox"/>	Begeleid zelfstandig wonen (in ontwikkeling)	Genemuiden	WLZ VG VPT
<input type="checkbox"/>	Begeleid zelfstandig wonen HBS (in ontwikkeling)	Kampen	WLZ VG 3, 4 en 6/ GGZ 1, 2 VPT, LG 3,4 (in overleg)
<input type="checkbox"/>	BEMA	Zwolle	WLZ VG, GGZ VPT

Door het invullen van dit formulier wordt u niet direct op een wachtlijst geplaatst. Doormiddel van dit formulier geeft u PGVZ te kennen dat u geïnteresseerd bent in wonen bij PGVZ en komt u op een belangstellende lijst te staan. U zal uitsluitend op een wachtlijst worden geplaatst na contact en beoordeling van de zorgconsulent. U kunt geen rechten ontleen door het invullen van dit document.

U ontvangt van ons een bevestiging na terugsturen van dit document. Op basis van de verstrekte informatie zullen wij contact met u opnemen voor een oriënterend gesprek. Naar aanleiding van dit gesprek zal u op een wachtlijst worden geplaatst. Wanneer er informatie is over de locatie waar u geïnteresseerd in bent ontvangt bericht van ons en zullen we een intake proces opstarten. Tijdens dit proces wordt er bepaald of u zorgvraag passend is. Als beide partijen akkoord zijn zal er over worden gegaan tot opnamen.

Zie bijlagen voor het invullen van het toestemmingsformulier verstrekken (medische) persoonsgegevens. De door u verstrekte gegevens zullen behandeld worden volgens de Nederlandse wet- en regelgeving.

Als dit document niet ondertekend is kunnen we de aanvraag helaas niet in behandeling nemen.

Datum :

Plaats :

Handtekening voor akkoord:

Aanvrager

Het inschrijfformulier ontvangen wij graag terug op het volgende adres:

PGVZ | Buffel 18 | 8265 NJ | Kampen of via de mail: bemiddeling.isp@pgvz.nl

* Zonder deze informatie is het voor ons helaas niet mogelijk om de aanvraag in behandeling te nemen.

ONDERSTAANDE AANVRAGER

Gegevens:

Naam :

Adres :

- Is op de hoogte van de afspraken rond het privacy beleid van PGVZ en weet dat PGVZ gebonden is aan regels zoals vastgelegd in de Wet Algemene Verordening Gegevensbescherming (AVG).
- Geeft toestemming voor het verstrekken van zijn/haar persoonsgegevens aan derden, ten behoeve van:
 - Het aanvragen van een indicatie en/of voor de financiering van zorg- en begeleiding;
 - Het opvragen en uitwisselen van gegevens om met derden samen te kunnen werken in de zorg wanneer dat nodig is;
- Geeft toestemming voor het opvragen en uitwisselen van zijn/haar medische gegevens ten behoeve van:
 - Het op kunnen stellen van een zorg- en begeleidingsplan;
 - De uitvoering van de zorg- en begeleiding, gedurende de looptijd van de zorgovereenkomst;
 - Het in samenwerking met de apotheek veilig en digitaal kunnen werken in een applicatie voor medicatie toedienregistratie;

Indien van toepassing betrokken Apotheek:

- Geeft toestemming tot het gebruik van zijn/haar zorgdossier ten behoeve van een audit (in het kader van kwaliteitsonderzoek).

Alle informatie wordt vertrouwelijk behandeld en wordt niet zonder toestemming van PGVZ aan derden gegeven.

Datum :

Plaats :

Handtekening voor akkoord:

Aanvrager