

AANMELDING

Casemanagement Dementie



Vul het volgende formulier in.

Print dit formulier en zendt dit naar secretariaat Geheugenpolikliniek Noordoost-Twente, Wilhelminastraat 150, 7573 AK Oldenzaal. Fax: 0541-510070

Gegevens:

Naam _____
Voorletters _____
Geboortedatum _____ BSN-nummer _____
Adres _____
Postcode _____ Woonplaats _____
Telefoonnummer _____
Zorgverzekeraar _____ Polisnummer _____

Contactpersoon / vertegenwoordiger van de cliënt:

Naam _____
Voorletters _____ Telefoonnummer _____
Relatie tot de cliënt _____ E-mail adres _____

Sociale situatie

Betrokken hulpverleners	Naam	Telefoonnummer
Huishoudelijke hulp thuiszorg	_____	_____
Welzijn & activering	_____	_____
Maatschappelijk werk	_____	_____
Ergotherapeut	_____	_____
Fysiotherapeut	_____	_____
Logopedist	_____	_____
Apotheek	_____	_____
Geestelijk verzorger	_____	_____
Vrijwilliger	_____	_____
Overige	_____	_____

Probleemsituatie _____

Gestelde diagnose dementie _____

Vraagstelling _____

Gegevens verwijzend arts:

Naam _____
Adres _____
Postcode _____
Telefoonnummer _____

Ondertekening: _____

Datum: ____ - ____ - ____