

Aanvraagformulier Persoonsgebonden Budget deel 1 verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

DEEL 1: Verpleegkundige deel aanvraag Zvw-pgb 2020

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger¹.

Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

1. Gegevens verzekerde (voor wie is het pgb bedoeld)

Achternaam _____ Man Vrouw
Voorletters _____
Adres _____
Postcode en woonplaats _____
Geboortedatum ____-____-_____
BSN _____
Telefoonnummer _____
E-mail _____

2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam (zoals vermeld in BIG-register) _____
Telefoonnummer _____
E-mail _____
BIG-nummer _____
Niveau opleiding _____
Naam indicerende organisatie _____
AGB-code indicerende organisatie of persoonlijk _____

¹ Een **wettelijke vertegenwoordiger** is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder.

Een **vertegenwoordiger** is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

3. Vraagverheldering

1. Wat is/zijn de medische diagnose(n), waaruit de zorgvraag ontstaat?

- a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend arts? Ja Nee
b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd.

- c. Wat is de medische voorgeschiedenis?

- d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien? Ja Nee

2. Is/zijn er fysieke beperking(en)?

Ja Nee

- a. Wat is/zijn deze beperking(en)?

- b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?

- c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

3. Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)?

Ja Nee

- a. Wat is/zijn deze beperking(en)?

- b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?

- c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

4. Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?

Ja Nee

5. Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?

Ja Nee

- a. Zo nee, waarom niet?

- b. Zo ja, welke en waarvoor?

6. Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?

Ja Nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

7. Is er een ergotherapeut betrokken?

Ja Nee

a. Zo ja: graag een kopie van het verslag meesturen.

b. Zo nee, waarom niet?

8. Zijn er andere behandelaren betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)

Ja Nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

9. Omschrijf het netwerk van de verzekerde. Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie: <https://www.venvn.nl/themas/wijkverpleging/toolbox-wijkverpleegkundigen/sociaal-maatschappelijk-participeren>

a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?

b. Is er wel een netwerk aanwezig is, maar kan dit geen ondersteuning bieden?

Geef een toelichting wat hiervan de reden is.

4. Verpleegkundige diagnose op basis van de vraagverheldering

1. Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging.

2. Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.

3 Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.

4 Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst? Ja Nee

a. Zo nee, waarom niet?

b. Zo ja, welke en waarvoor?

5 Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?

6 Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.). Ja Nee

a. Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s).

b. Zo nee, waarom niet?

5. Doelstellingen en interventies

Vul in deze tabel, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging² SMART³ in.

Doelstelling	Interventies	PV of VP	Hoeveel tijd kost dit per interventie (uren/minuten)	Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week	Bij welk resultaat is het doel bereikt?	Per welke datum is het doel bereikt?
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____/_____	_____/_____	_____	_____

² In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

³ Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden

5a. Evaluatie

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?

6. Indicatiestelling

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-pgb

	<i>Voorgaande indicatie (indien van toepassing)</i>	<i>Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten</i>
Verpleging uren / minuten per week	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor Zorg in Natura.

		<i>(volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten) Bijv. drie uur en tien minuten</i>
Verpleging uren / minuten per week	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
Persoonlijke Verzorging uren / minuten per week	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>

Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:

7. Palliatief Terminale Zorg (PTZ)

Indien van toepassing: welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?

Naam arts: _____
Specialisme: _____
Ziekenhuis: _____
Telefoonnummer: _____

Let op! Vergeet niet deze verklaring van de arts mee te sturen.

8. Zorg aan kinderen tot 18 jaar

Indien van toepassing: welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?

Naam arts: _____
Specialisme: _____
Ziekenhuis: _____
Telefoonnummer: _____
Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts: _____

Let op! De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

9. Looptijd en contactpersonen

Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot wanneer is deze geldig?

	Datum ingang indicatie	Datum einde indicatie (tot en met)
Verpleging	____-____-____	____-____-____
Persoonlijke Verzorging	____-____-____	____-____-____

Met wie heeft u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

- Verzekerde zelf
- Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde
Naam (wettelijke) vertegenwoordiger: _____
Relatie tot verzekerde: _____
- Huisarts
- Erkende tolk, naam: _____
- Overige, naam en relatie tot verzekerde: _____

10. Ondertekening door verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
- de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo, Jeugdwet en de Wlz;
- ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
- er geen zorg is meegenomen, die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
- er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
- de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
- ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
- ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie).

Datum ____-____-_____

Naam verpleegkundige _____

Handtekening verpleegkundige

Handtekening verzekerde (uw handtekening)

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw pgb.