**Formulier voor het aanvragen van medische beoordeling t.b.v. RM door Specialist Ouderengeneeskunde**

**(bijlage 1 van het afsprakenkader Wzd-regioloket, versie 13-01-2022)**

Afbeelding met Lettertype, Graphics, logo, wit

Door AI gegenereerde inhoud is mogelijk onjuist.





Afbeelding met tekst

Automatisch gegenereerde beschrijving



Afbeelding met tekst

Automatisch gegenereerde beschrijving



**Gegevens aanvragend hulpverlener**:

Naam instelling : Kies een item.

Naam aanvrager :

Functie aanvrager :

Tel. aanvrager :

Email aanvrager :

Datum aanvraag :

WLZ-indicatie : 0 ja 0 nee

**Benodigde Cliëntgegevens:**

Naam cliënt : Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres : Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode en woonplaats : Klik of tik om tekst in te voeren.

Geboortedatum : Klik of tik om tekst in te voeren.

Tel. : Klik of tik om tekst in te voeren.

**Contactpersoon van de cliënt:**

Naam : Klik of tik om tekst in te voeren.

Relatie tot cliënt : Klik of tik om tekst in te voeren.

Adres : Klik of tik om tekst in te voeren.

Postcode en woonplaats : Klik of tik om tekst in te voeren.

Tel. : Klik of tik om tekst in te voeren.

Email adres : Klik of tik om tekst in te voeren.

Onderstaand item alleen van toepassing voor VVT-organisaties

**Wie is er aanwezig tijdens het huisbezoek?**

Contactpersoon  Ja  Nee

Hulpverlening  Ja  Nee

Anders (Naam + tel.nr.) : Klik of tik om tekst in te voeren.

**Reeds betrokken hulpverlening**

Thuiszorg t.w. Klik of tik om tekst in te voeren.

Hulp bij Dementie Klik of tik om tekst in te voeren.

In instelling Klik of tik om tekst in te voeren.

Anders nl. Klik of tik om tekst in te voeren.

**Probleemomschrijving / reden voor beoordeling**

**Vraagstelling**

**Medische voorgeschiedenis**

**Actueel medicatieoverzicht (AMO)**

**GAARNE DIAGNOSEBRIEF DEMENTIE MEESTUREN!**

**Indien van toepassing graag relevante specialist brieven van GGZ/ neuroloog/ geriater of overige specialisten bijvoegen.**

**AGB-code aanvragend hulpverlener:**

**Handtekening aanvragend hulpverlener:**



**Stempel aanvragend hulpverlener**

**Dit formulier per mail sturen naar:**

Het Wzd-regioloket: [wzdregioloket@dezorggroep.nl](mailto:wzdregioloket@dezorggroep.nl)

*Ter toelichting:*

*De naar het Wzd-regioloket toegezonden aanvraag wordt binnen 24 uur door het Wzd-regioloket opgepakt. Het Wzd-regioloket stuurt het formulier vervolgens door naar het medisch secretariaat / secretariaat behandelteams van de organisatie (op basis van roulatie) die een SO inregelt voor het doen van de medische beoordeling.*