Aanvraagformulier

HollandZorg

Persoonsgebonden Budget deel 1
Verpleging en verzorging (Zvw-pgb)

Deel 1. Verpleegkundige deel aanvraag Zvw-pgb

Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijk) vertegenwoordiger. Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier wordt toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.

Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt het Normenkader Indicatieproces van december 2024, opgesteld door de Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (V&VN). 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 het pgb.

In het zorgplan, toegevoegd aan deze aanvraag, is ook alle informatie die niet is ingevuld in dit aanvraagformulier terug te vinden. Het zorgplan (ondertekend door wijkverpleegkundige en cliënt) voldoet aan de normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging (V&VN normenkader). Dit betekent dat je 'staat beschreven in het zorgplan' alleen kunt aanvinken als dit ook daadwerkelijk beschreven staat in het zorgplan.

Let op: bewaar van de aanvraagformulieren Zvw-pgb deel 1 en deel 2 en van alle bijlagen een kopie in je eigen administratie.

Een wettelijk 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 wettelijk vertegenwoordiger voldoet.

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

Relatienummer			
Achternaam		Voorletters	
Adres			
Postcode		Plaats	
Geboortedatum		BSN	
Telefoonnummer		E-mail	

2. Gegevens indicerende verpleegkundige

Naam		Telefoonnummer	
	Zoals vermeld in BIG-register		Waarop bereikbaar voor verzekeraar
E-mail		BIG nummer	
Niveau opleiding		Naam indicerende organisatie	
AGB-code indicerende organisatie		Bereikbaar	
	En/of persoonlijke AGB-code		Dagen/tijden

3. Vraagverheldering

1. Medische diagnose(n)

Als het antwoord staat beschreven in het zorgplan, dan kun je antwoorden "Zie zorgplan".

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

b. Heeft de indicatiesteller deze opgevraagd bij de behandelend arts?

◯ Ja ◯ Nee

c. Zo nee, licht toe waarom deze niet is/zijn opgevraagd.

d. Wat is de medische voorgeschiedenis?

e. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien?

◯ Ja ◯ N.v.t.

2. Fysieke beperkingen

a. Is/zijn er fysieke beperkingen?

◯ Ja ◯ Nee

b. Wat is/zijn deze beperking(en)?

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

d. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

3. Cognitieve en/of psychische beperking(en)?

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

◯ Ja ◯ Nee

b. Wat is/zijn deze beperking(en)?

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

d. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?

4. Indicatie Wlz

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

◯ Ja ◯ Nee

b. Zo nee, waarom niet?

c. Zo ja, welke en waarvoor?

5. Zorg vanuit de Wmo

a. Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?

◯ Ja ◯ Nee

b. Zo nee, waarom niet?

c. Zo ja, welke en waarvoor?

6. Hulpmiddelen

a. Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?

◯ Ja ◯ Nee

b. Zo nee, waarom niet?

c. Zo ja, welke en waarvoor?

7. Ergotherapie

a. Is er een ergotherapeut betrokken?

◯ Ja ◯ Nee

b. Zo nee, waarom niet?

Zo ja, graag een kopie van het verslag of behandelplan meesturen.

8. Andere behandelaren

a. Zijn er andere behandelaren betrokken?

◯ Ja ◯ Nee

Bijv. een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.

b. Zo nee, waarom niet?

c. Zo ja, welke en waarvoor?

9. Netwerk van de verzekerde

Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden.

a. Omschrijf het netwerk van de verzekerde

Gebruik bijvoorbeeld hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12. zie: https://www.venvn.nl/themas/wijkverpleging/toolbox-wijkverpleegkundigen/ sociaal-maatschappelijk-participeren

b. Wat is de belastbaarheid van het netwerk?

c. Welke ondersteuning kan geboden worden?

d. Ruimte voor toelichting, wanneer het netwerk geen ondersteuning kan bieden.

4. Verpleegkundige diagnose op basis van de vraagverheldering

1. Algemeen

Als het antwoord staat beschreven in het zorgplan, dan kun je antwoorden "Zie zorgplan".

a. Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging.

b. Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.

c. Wat kan de verzekerde zelf nog leren in het kader van de zelfredzaamheid?

2. Inzet van hulpmiddelen / woningaanpassingen

a. Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/ woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst?

◯ Ja ◯ Nee

b. Zo ja, welke en waarvoor?

c. Zo nee, waarom niet?

3. Psychische of cognitieve problematiek

Vul alleen in indien er sprake is van pyschosiche of cognitieve problematiek.

a. Wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?

b. Zo ja, wat en hoe?

c. Zo nee, waarom niet?

4. Huisarts en/of andere medebehandelaars

a. Zorgvraag en in te zetten zorg besproken met huisarts/medebehandelaars?

○ Ja ○ Nee

Bijv. een fysiotherapeut, medisch specialist, etc.

b. Zo ja, met welke medebehandelaar(s).

c. Zo nee, waarom niet?

5. Doelstellingen en interventies

Als het antwoord staat beschreven in het zorgplan, dan kun je antwoorden "Zie zorgplan" onder "Doelstelling".
Vul in, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging SMART (Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden) in.
In deze aanspraak zit niet de inzet van het cliëntnetwerk, want er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen cliëntnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

Doelstelling

Interventies

Bij welk resultaat is het doel bereikt?

PV of VP

Hoeveel tijd kost dit per interventie?

In uren en minuten

Hoe vaak moet deze handeling verricht worden?

Per dag/week

Datum waarop doel is bereikt

Wanneer evalueer je de ingezette interventies?

Wanneer evalueer je de gestelde doelen?

6. Indicatiestelling

Wat is de gemiddelde wekelijkse zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging (pgb)?

Voorafgaande indicatie

Persoonlijke verzorging
Aantal uren/minuten per week

Verpleging
Aantal uren/minuten per week

Nieuwe indicatie

Persoonlijke verzorging
Aantal uren/minuten per week

Verpleging
Aantal uren/minuten per week

Gemiddelde wekelijkse zorgbehoefte verpleging/verzorging – Zorg in Natura

Vul alleen in indien van toepassing.

Voorafgaande indicatie

Persoonlijke verzorging
Aantal uren/minuten per week

Verpleging
Aantal uren/minuten per week

Nieuwe indicatie

Persoonlijke verzorging
Aantal uren/minuten per week

Verpleging
Aantal uren/minuten per week

Toelichting gewijzigde indicatie bij veranderde zorgbehoefte

7. Palliatieve Terminale Zorg (PTZ)

Welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?

Vul alleen in indien van toepassing.

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

Vergeet niet deze verklaring van de arts mee te sturen.

8. Zorg aan kinderen tot 18 jaar

Welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?

Vul alleen in indien van toepassing.

Naam arts

Specialisme

Ziekenhuis

Telefoonnummer

Datum laatste contract kinderarts

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

9. Looptijd en contactpersonen

Verpleging indicatie

Van datum tot en met datum

Verzorging indicatie

Van datum tot en met datum

Onderbouw de looptijd

Contactpersonen

Met wie is de zorgbehoefte besproken?

☐ Verzekerde zelf ☐ (Wettelijke) Vertegenwoordiger ☐ Huisarts ☐ Erkende tolk ☐ Overige

Er zijn meerdere antwoorden mogelijk

Contractpersoon 1

Naam contactspersoon

Relatie tot verzekerde

Alleen bij '(wettelijke) vertegenwoordiger' of 'overige' invullen.

Contractpersoon 2

Naam contactspersoon

Relatie tot verzekerde

Alleen bij '(wettelijke) vertegenwoordiger' of 'overige' invullen.

10. Ondertekening

Verpleegkundige

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het meest recente Normenkader Indicatieproces, opgesteld door de Vereniging Verpleegkundigen & Verzorgenden Nederland (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 kennis heb genomen van de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist, en het actuele medicijnoverzicht (als er sprake is van medicatie) en dit alles heb meegewogen in mijn indicatiestelling;
- ik bereid ben om de zorgvraag desgevraagd nader toe te lichten aan HollandZorg Zorgverzekeringen;
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor HollandZorg Zorgverzekeringen belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Naam Verpleegkundige			
Plaats		Datum	
Handtekening Verpleegkundige			

Verzekerde

Naam verzekerde			
Plaats		Datum	
Handtekening verzekerde			