

INTAKEFORMULIER DIENST VOOR LOGISTIEKE HULP

Datum:

Naam:

Adres:

Telefoonnummer:

Geboortedatum:

Reden:

Frequentie:

Naam, adres en telefoonnummer kinderen/contactpersonen:

Naam, adres en telefoonnummer huisarts:

Inkomsten:

Zorgverzekering : Ja/nee

Hulp aan bejaarden: Ja/nee

Zo ja: bedrag + punten:

Andere diensten aan huis: Ja/nee

Zo ja, welke?

Thuisverpleging: Ja/nee

Zo ja, wie?

Voorwaarden:

personen met een verminderd zelfzorgvermogen als blijkt dat de draagkracht van de persoon of zijn omgeving onvoldoende is

**hetzij wegens geestelijke of lichamelijke ongeschiktheid*

**hetzij wegens sociale omstandigheden*