dnzt thuiszorg

zorgt met
u mee

Thuisondersteuning

Gezinsondersteuning

Inhoudsopgave

Algemene informatie
1. Toelichting voor de cliënt 4

Cliëntgegevens
2. Cliëntgegevens 5

Uitvoering
3. Ondersteuningsplan Gemeente 9
4. Ondersteuningsplan DNZT 11
5. Evaluatieformulier Thuisondersteuning 15
6. Voortgangsrapportage ondersteuning 17
7. Overdracht vakantieperiode 19
8. Arbochecklist huishoudelijke ondersteuning 21
9. Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines 25

Formulieren
10. Toestemming gegevensverstrekking 27
11. Klachten 29
12. Melding incidenten 31
13. Schademelding en Aansprakelijksheidsstelling 33

1. Toelichting voor de cliënt

Geachte heer, mevrouw,

Mede namens onze medewerkers heten wij u hartelijk welkom bij DNZT thuiszorg.

U ontvangt ondersteuning van een medewerker van DNZT. Wij streven ernaar deze ondersteuning zo goed mogelijk te laten aansluiten bij uw wensen en uw thuissituatie.
In de map Thuisondersteuning noteert de medewerker alle afspraken die met u gemaakt zijn omtrent de ondersteuning en vermeldt bijzonderheden voor eventuele collega's.
In deze map worden alleen gegevens opgenomen die van belang zijn voor het zo goed mogelijk uitvoeren van de ondersteuning. Het spreekt voor zich dat u deze map op ieder gewenst moment kunt inzien. Uiteraard kunt u aangeven wanneer u het niet eens bent met de inhoud van deze map.

Bereikbaarheid DNZT

DNZT is telefonisch bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 tot 17.00 uur.

De afdeling planning is bereikbaar op het nummer:

085 023 90 43

Indien nodig worden individuele afspraken gemaakt over de bereikbaarheid buiten kantoortijden.

Wanneer u de ondersteuning wilt afzeggen, verzoeken wij u dit minimaal 24 uur van te voren te doen. Indien u op vakantie gaat, wilt u dit dan minimaal 6 weken van te voren aan ons doorgeven?

Wij gaan ervan uit dat u zich thuis voelt bij DNZT en dat de ondersteuning naar wens verloopt.

Mocht u nog vragen hebben over deze map Thuisondersteuning of eventuele andere vragen, dan kunt u contact opnemen met DNZT.

Met vriendelijke groet,

Namens DNZT thuiszorg

Steven Lantink
Bestuurder DNZT

Veelgestelde vragen
Misschien vindt u hier direct het antwoord dat u zoekt.

DNZT thuiszorg is een handelsnaam van De Nieuwe Zorg Thuis B.V.

Bezoekadres:
Wilhelminastraat 92
7941 HW Meppel

Postadres:
Stationsweg 44
7941 HE Meppel

Mailadres:
planning@dnzt.nl

2. Cliëntgegevens

Gegevens van de cliënt			
Naam:		Geslacht:	☐ M ☐ V
Adres:			
Postcode:		Geboortedatum:	
Woonplaats:		Burgerlijke	
Telefoon:		E-mailadres:	
BSN:			
Documenttype:	☐ Paspoort ☐ Identiteitsbewijs ☐ Rijbewijs ☐ Vreemdelingendocument		
Documentnummer:			

Thuiswonende kinderen:	
Naam	Geboortedatum
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
6.	

Kinderen niet thuiswonend:	
Naam	Geboortedatum
1.	
2.	
3.	

Huisgenoten:			
Naam	Relatie tot cliënt	Geboortedatum	Telefoonnummer

Hulpverlening:			
Startdatum Thuisondersteuning		Einddatum Thuisondersteuning	
Cliënt nummer			

Contactgegevens DNZT			
Adres:	Stationsweg 44	Postcode:	7941 HE
Plaats:	MEPPEL		
Telefoonnummer:	085-0239043	E-mailadres:	planning@dnzt.nl

Naam Medewerker
1.
2.
3.

Contactpersonen			
Naam	Relatie tot cliënt	Telefoonnummer	Bereikbaarheid
1.			
2.			
3.			
4.			

Gegevens hulpverleners/betrokkenen (invullen indien van toepassing)			
Organisatie/instantie	Aanbieder + Naam	Telefoonnummer	Bereikbaarheid
Huisarts			
Verpleging/Verzorging			
Vrijwilliger			
Mantelzorger			
Jeugdzorg			
Personenalarmering			
Maaltijdvoorziening			
Glazenwasser			
Bewindvoerder			
Casemanager			

Sociaal netwerk	
Kinderen	☐ Nee ☐ Ja aantal: wonen in de buurt ☐ Ja ☐ Nee
Ondersteuning familie/vrienden/buren etc. (vrijwilligers/mantelzorgers)	☐ Nee ☐ Ja Indien ja, wat is er aan ondersteuning vanuit de eigen kracht/sociale omgeving:
Sociale contacten	- Heeft u contact met de buren? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja hoe: Zo nee, zou u dat willen: - Welk contact heeft u in uw wijk? - Met welke activiteiten doet u mee in of buiten uw wijk? - Wat gaat er goed? Waar haalt u energie uit? - Kunt of wilt u iets voor iemand betekenen in de wijk? ☐ Nee ☐ Ja Zo ja; mogen we dan uw gegevens doorgeven? ☐ Nee ☐ Ja Handtekening voor toestemming doorgeven gegevens: Naam: Handtekening: Datum:

Leefsituatie		
Soort huishouden	☐ eenpersoonshuishouden ☐ meerpersoonshuishouden (personen) ☐ Huisdieren (hond/kat/vogel/anders) Roken: ☐ ja ☐ nee in huis: ☐ ja ☐ nee	
Soort huis/woning	☐ appartement/flat ☐ eengezinswoning	☐ vrijstaand huis ☐ anders, nl.
Leefbare ruimtes	☐ woonkamer ☐ keuken ☐ badkamer	☐ toilet ☐ slaapkamer; aantal Aantal ruimtes:
Welke werkzaaheden kunt u zelf niet meer?		
Op welke gebieden heeft u ondersteuning nodig?	☐ Administratie en Financiën ☐ Huishouden ☐ Sociaal en persoonlijk functioneren ☐ Gezin ☐ Regelvermogen en dagstructuur ☐ Zelfzorg en gezondheid	
Als er op een ander gebied ondersteuning nodig is, geeft u of de medewerker dit door aan de planning.		

Bijzonderheden om rekening mee te houden (bijv. m.b.t. de kinderen)

3. Ondersteuningsplan gemeente

Voeg hier het Ondersteuningsplan toe van uw gemeente.

4. Ondersteuningsplan DNZT

Afspraken werkzaamheden: Wat doet/kunt u nog zelf?					
Ruimte/ werkzaam-	**Frequentie**	**Cliënt voert zelf uit**	**Vrijwilliger of Mantelzorger voert uit**	**Overnemen door mede-werker**	**nvt**
Licht huishoudelijke taken					
Afwassen					
Opruimen (incl. afval)					
Stof afnemen(midden/laag)					
Zwaar huishoudelijke taken					
Stofzuigen algemeen					
Stof afnemen (hoog)					
Bed(den) verschonen					
Trap stofzuigen					
Deur(post)en nat afnemen					
Zitmeubels afnemen					
Ramen zemen binnen					
Radiatoren afnemen					
Raambekleding					
Matras draaien					
Sanitair (badkamer/toilet)					
Schoonmaken					
Dweilen					
Tegelwand					
Keuken					
Schoonmaken					
Dweilen					
Koelkast					
Afzuigkap					
Oven/magnetron					
Keukenkastjes binnenzijde					
Wasgoed					
Wassen en drogen					
Bovenkleding strijken					
Boodschappen					
Boodschappenlijst opstellen					
Boodschappen doen					
Boodschappen opruimen					
Maaltijden					
Broodmaaltijden verzorgen					
Warme maaltijden verzorgen					
Overige huishoudelijke taken					

Afspraken werkzaamheden: Wat doet/kunt u nog zelf?					
Ruimte/ werkzaam-heden	**Frequentie**	**Cliënt-voert zelf uit**	**Vrijwillig-er of Man-telzorger voert uit**	**Overnemen door medewerker**	**nvt**
Kinderverzorging					
Wassen					
Aankleden					
Tanden poetsen					
Eten geven					
Tasjes school klaarmaken					
Vervoer (halen/brengen school/BSO)					
Kamers opruimen					
Structuur bieden					
Aanleren van activiteiten					
Administratie					
Postafhandeling					
Archivering					
Overzicht en inzicht inkom-sten en uitgaven					
Budgettering					
Contacten onderhouden					
Contacten onderhouden met familie, vrienden, buren					
Contacten onderhouden met organisaties (zorg, on-derwijs, overheid)					
Dagbesteding en/of uitvoeren van (betaald) werk					
Overige taken					

Handtekening voor bevestiging uitvoering plan	
Naam Cliënt: Handtekenin Cliënt: Datum:	Naam Medewerker: Handtekening Medewerker: Datum:

Resultaten en doelen van ondersteuningsplan

Cliëntgegevens			
Naam Cliënt:		Geboortedatum:	
Naam Medewerker:			

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Handtekening voor bevestiging uitvoering plan	
Naam Cliënt: Handtekening Cliënt: Datum:	Naam Medewerker: Handtekening Medewerker: Datum:

Resultaten en doelen van ondersteuningsplan

Cliëntgegevens			
Naam Cliënt:		Geboortedatum:	
Naam Medewerker:			

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Resultaatgebied:			
Startdatum		**Status doel**	☐ Nieuw ☐ Gecontinueerd ☐ Bijgesteld
Werkdoel (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		**Activiteiten** (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
....		....	

Handtekening voor bevestiging uitvoering plan	
Naam Cliënt: Handtekening Cliënt: Datum:	Naam Medewerker: Handtekening Medewerker: Datum:

5. Evaluatieformulier Thuisondersteuning

De medewerker evalueert met de cliënt de resultaten en gestelde doelen.

Startdatum GGV: …… Einddatum indicatie: …… Uur per week : ……

Naam cliënt: …… Cliëntnummer: ……

Naam medewerker: …… Datum evaluatie: ……

Beoogd resultaat	

Beoogd doel	
Op welke wijze is hieraan gewerkt de afgelopen periode?	
Is het doel (deels) gehaald?	
Waarom wel/ niet?	

Beoogd doel	
Op welke wijze is hieraan gewerkt de afgelopen periode?	
Is het doel (deels) gehaald?	
Waarom wel/ niet?	

Beoogd doel	
Op welke wijze is hieraan gewerkt de afgelopen periode?	
Is het doel (deels) gehaald?	
Waarom wel/ niet?	

Beoogd doel	
Op welke wijze is hieraan gewerkt de afgelopen periode?	
Is het doel (deels) gehaald?	
Waarom wel/ niet?	

Hoe verliep het contact tussen de partijen?	
Advies vervolgondersteuning	

6. Voortgangsrapportage ondersteuning

Datum	Rapportage/voortgang	Naam

Datum	Rapportage/voortgang	Naam

7. Overdracht vakantieperiode

Datum	Bijzonderheden	Naam

Datum	Bijzonderheden	Naam

8. Arbo checklist huishoudelijke ondersteuning

DNZT wil graag haar medewerkers een gezonde en veilige werkomgeving bieden. Daarom vragen wij de cliënt om die middelen/materialen aan te schaffen die nodig zijn om de werkzaamheden op een verantwoorde wijze te kunnen uitvoeren. Als een hulpmiddel niet aanwezig is of niet veilig is om mee te werken, mag de medewerker weigeren de werkzaamheden uit te voeren.

De volgende materialen dienen beschikbaar te zijn:

Werkmaterialen		Eisen	Opmerkingen
Droog, klam of vochtig reinigen			
○	Stofdoeken	Microvezeldoek, niet pluizend	
○	Werkdoeken	Gemakkelijk te wringen en te reinigen	
Vloer reinigen droog			
○	Stofzuiger	Steel lang genoeg om werk rechtopstaand uit te voeren	Goede wend- en verplaatsbaarheid
○	Stofzuigerzakken		
Reinigen nat			
○	Emmer 10 liter	Met stevige handgreep	
○	Spons en zeem	Makkelijk te wringen	
○	Raamtrekker	Rubber van goede kwaliteit	
○	Toiletborstel		
Vloer reinigen nat			
○	Vloertrekker/Luiwagen	Steel lang genoeg om werk rechtopstaand uit te voeren	
○	Dweil/Mop	Steel lang genoeg om werk rechtopstaand uit te voeren	

Zie ook andere bladzijde

Werkomgeving	Eisen	
○ 'Bewegend' werk	Tussen schouder en heuphoogte en er is voldoende beweegruimte	
○ Zittend/staand werk	Werkvlak op ellebooghoogte	
○ Af en toe tillen	Niet meer dan 23 kg	
○ Af en toe tillen boven 1.80 meter	Niet meer dan 4 kg	
○ Rookvrije werkplek	Afspraken maken met cliënt indien deze rookt	
Veiligheid		
○ Elektriciteitsvoorziening	Veilig	
○ Grepen	Stevig en vast	
○ Geen val- of stootgevaar		
○ Huishoudtrap	Kleine trap met 3 of 4 treden, lichtgewicht en antislip onder poten, treden en platform veiligheidsbeugel bovenop	Stabiele trap
○ Milde schoonmaakmiddelen	Geen chloor, bleekmiddel, pure alcohol, spiritus, aceton en ammoniak	
○ Huishoudhandschoenen		

Zie ook andere bladzijde

Indien van toepassing (alleen op indicatie WMO)

Was verzorgen	**Eisen**	
○ Wasmachine + centrifuge ○ Niet van toepassing	Wasmachine en droger zijn elektrisch en wasmand aanwezig	
Strijken		
○ Strijkplank ○ Niet van toepassing	Plank hoog genoeg om werk rechtopstaand uit te voeren	
○ Strijkijzer ○ Niet van toepassing	Veilige aansluiting	
Maaltijdverzorging		
○ Kooktoestel ○ Niet van toepassing	Veilig	Aanrecht hoog genoeg om werk rechtopstaand uit te voeren
○ Pannen ○ Niet van toepassing	Veilige handgrepen	
Boodschappen doen		
○ Boodschappentas(sen) ○ Niet van toepassing	Stevig, handvat niet te lang	Maximaal tilgewicht: 23 kg

Gemaakte afspraken met de cliënt

Handtekening voor bevestiging gemaakte afspraken	
Naam Cliënt: Adres en Woonplaats: Handtekening Cliënt: Datum:	Naam medewerker: Handtekening Medewerker: Datum:

9. Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines

Clientgegevens			
Naam cliënt		Geboortedatum	
Betrokken disciplines	**Naam**	**Telefoonnummer**	
☐ Huisarts			
☐ Verpleging en Verzorging			
☐ Jeugdzorg			
☐ Vrijwilliger			
☐ Mantelzorger			
☐			
☐			
☐			
☐			

Datum	Afspraken	Discipline	Verwerkt*

*** Paraaf medewerker**

10. Toestemming gegevensverstrekking

Let op: vul dit formulier in als medewerkers van een **andere** organisatie dan DNZT persoonlijke gegevens van de cliënt nodig hebben.

Ondergetekende:

Naam Cliënt:
Adres:
Postcode en woonplaats:
Geboortedatum:
BSN:

Geeft hierbij toestemming aan:

Naam Medewerker:
Medewerker van DNZT om, in het kader van een adequate afstemming van de ondersteuning, schriftelijk en mondeling persoonlijke gegevens te verstrekken aan de volgende organisaties of hulp/zorgverleners:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:
Naam Organisatie:

Datum:
Handtekening Cliënt:

Stuur een kopie hiervan naar DNZT via de mail: za@dnzt.nl.

11. Klachten

Indien u een klacht heeft over DNZT, kunt u gebruik maken van het klachtenformulier en deze volledig ingevuld zenden, ter attentie van de directie van DNZT thuiszorg, Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL of mailen naar info@dnzt.nl.

Voor een snelle en zorgvuldige behandeling van uw klacht vragen wij u uw klacht zo duidelijk mogelijk te beschrijven. Bijvoorbeeld:

- Beschrijf de aard en omvang van het probleem.
- Wat is de datum van het voorval?
- Wat en/of wie betreft het probleem?
- Hoe lang speelt het probleem al?
- Heeft het probleem zich meerdere keren voorgedaan?

Clientgegevens			
Naam cliënt		Geboortedatum	
Adres			
Postcode			
Woonplaats			
Telefoonnummer			
E-mailadres			
Omschrijving van de klacht(en)			
Datum van het voorval			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
Gewenste oplossing			
.....			
.....			
.....			
.....			
Heeft uw al telefonisch contact gehad over uw klacht? Wat is daar uitgekomen?			
Naam medewerker			
Wat is er uit het gesprek gekomen?			
.....			
.....			
.....			
.....			
Datum	**Handtekening**		

Informatie over de klachtenregeling

Waar gewerkt wordt, worden fouten gemaakt. In verreweg de meeste gevallen lossen mensen hun problemen onderling op. Bijvoorbeeld door met de ander te praten, begrip voor de situatie te vragen, excuses aan te bieden. Maar ook door te luisteren naar het standpunt van de ander. Een enkele keer gebeurt er iets waarbij de oplossing niet binnen handbereik ligt. Dat kan ook u als cliënt van DNZT overkomen. In zo'n geval is het goed te weten waar u met uw klacht naartoe kunt en hoe uw klacht in behandeling wordt genomen.

Uw zorgaanbieder en/of medewerker stelt het vaak op prijs dat hij of zij direct de gelegenheid krijgt de oorzaak van uw klacht met u te bespreken. Wij gaan er ook vanuit dat u altijd eerst zult proberen uw klacht bespreekbaar te maken met degene die de klacht veroorzaakt. Meestal is dit de persoon die ook een oplossing kan bieden. Lukt dit niet, dan kunt u uw klacht voorleggen aan de afdeling Zorg en Planning.

U kunt ook een klacht indienen door het invullen van het klachtenformulier dat in uw map zit. U stuurt dit volledig ingevuld op naar het op het klachtenformulier genoemde adres.

Een onafhankelijke klachtenfunctionaris zal uw klacht in behandeling nemen volgens het klachtenreglement van DNZT. Dit reglement kunt u inzien op de website van DNZT: https://dnzt.nl/.

Als u een klacht indient, dan mag u rekenen op een zorgvuldige en vertrouwelijke behandeling, waarbij het respect voor de privacy van alle betrokkenen voorop staat.

Mocht u niet tevreden zijn over de afhandeling van de klacht, dan kunt u een schriftelijke klacht indienen bij de geschilleninstantie Stichting Zorggeschil. Zie https://zorggeschil.nl/. DNZT heeft een lidmaatschap bij Zorgthuisnl. Zorgthuisnl is aangesloten bij de geschilleninstantie Stichting Zorggeschil.

12. Melding incidenten

Instructie voor het invullen van het formulier

- Voor ieder incident waarvan een cliënt of medewerker nadeel ondervindt graag een apart formulier invullen.
- Kruis één mogelijkheid per vraag aan.
- Vul alle vragen volledig in.

Het volledig ingevulde formulier verzenden naar de directie van *DNZT thuiszorg*, *Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL of mailen naar info@dnzt.nl*.

Uw gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld.

Algemeen			
Type incident	☐ Voorgevallen incident ☐ Bijna-incident of gevaarlijke situatie		
Datum		Tijdstip	
Is er een cliënt benadeeld?	☐ Ja ☐ Nee	Cliënt	
Waar vond het incident plaats?			
Wat is er gebeurd of wat had er kunnen gebeuren?			
Soort fout/incident	☐ Val- of stootincident ☐ Agressie ☐ Inname gevaarlijke stoffen ☐ Brand incident ☐ Anders:		
Heeft u nog iemand gebeld?			
Oorzaken			
Wat was de oorzaak van het incident?	☐ Door materiaal ☐ Door het toedoen van de cliënt zelf ☐ Door het (niet) handelen van de werknemer ☐ Anders:		

Beschrijving van het incident
Graag een zo volledig mogelijke omschrijving van de gevolgen van het incident of de fout voor de cliënt. Wie waren erbij betrokken? Welke werkzaamheden werden uitgevoerd? Is de huisarts, coördinator of contactpersonen gewaarschuwd? Hoe had het incident of de fout voorkomen kunnen worden?
.....

Meldingsinformatie	
Naam	
Functie	
Invuldatum	
In te vullen door de coördinator	
Naam coördinator	

Acties die door de coördinator naar aanleiding van het incident of de fout zijn genomen of gaat nemen.
.....

13. Schademeldingen en Aansprakelijkheidsstelling

DNZT thuiszorg

Gegevens cliënt

Naam: _____ Voorletters: _____

Adres: _____ Postcode: _____

Woonplaats: _____ Tel. nummer: _____

IBAN (rekeningnummer): _____

Gegevens medewerker

Naam: _____

Omschrijving beschadigd artikel:

_____

Checklist (dient volledig te zijn ingevuld!):

[ ] Merk artikel_____

[ ] Type artikel_____

[ ] Aankoopdatum artikel_____

[ ] Aankoopnota artikel (kopie te worden bijgevoegd)

[ ] Foto beschadigd artikel (dient te worden bijgevoegd)

[ ] Schatting offerte door professionele reparateur/leverancier, indien sprake is van mogelijke reparatie (kopie dient te worden bijgevoegd)

Datum van de schade: _____

Oorzaak van de schade: _____

_____

ADVIES:

Indien u zelf een inboedelpolis heeft met "all-risk"-dekking, kan mogelijk nieuwwaarde worden uitgekeerd! **Check dus eerst uw eigen inboedelpolis!**

DNZT zal – in geval van schade-uitkering – uitsluitend de dagwaarde van het beschadigde artikel uitkeren.

Uw schademelding kan uitsluitend in behandeling worden genomen na volledige invulling van het schadeformulier.

Aldus naar waarheid ingevuld

Plaats: _____

Datum: _____

_____ _____

Handtekening cliënt Handtekening medewerker

De schademelding dient middels dit formulier binnen 2 weken nadat de schade is ontstaan, te worden ingediend bij:

DNZT Thuiszorg, Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL of mailen naar bijzonderbeheer@dnzt.nl