



Thuisondersteuningsmap

Zwolle



Algemene informatie

1.	Toelichting voor de cliënt	4
----	----------------------------------	---

Cliëntgegevens

2.	Cliëntgegevens	5
----	----------------------	---

Uitvoering

3.	Ondersteuningsplan Sociaal WijkTeam (SWT) Zwolle	7
4.	Ondersteuningsplan DNZT	9
5.	Evaluatieformulier Thuisondersteuning	13
6.	Voortgangsrapportage ondersteuning	15
7.	Overdracht vakantieperiode	17
8.	Arbochecklist huishoudelijke ondersteuning	19
9.	Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines	23

Formulieren

10.	Toestemming gegevensverstrekking	25
11.	Klachten	27
12.	Melding incidenten	29
13.	Schademelding en Aansprakelijkheidsstelling	31

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

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 staat:	
Telefoon:		E-mailadres:	
BSN:			
Documenttype:	☐ Paspoort ☐ Identiteitsbewijs ☐ Rijbewijs ☐ Vreemdelingendocument		
Documentnummer:			
Hulpverlening:			
Startdatum		Einddatum	
Thuisondersteuning		Thuisondersteuning	
Contactgegevens DNZT			
Adres:	Stationsweg 44	Postcode:	7941 HE
Plaats:	MEPPEL	E-mailadres:	planning@dnzt.nl
Naam Medewerker			
1.			
2.			
3.			
Contactpersonen			
Naam	Relatie tot cliënt	Telefoonnummer	Bereikbaarheid
1.			
2.			
3.			
Huisgenoten			
Naam	Relatie tot cliënt	Geboortedatum	
1.			
2.			
3.			
Gegevens hulpverleners/betrokkenen (invullen indien van toepassing)			
Organisatie/instantie	Aanbieder + Naam	Telefoonnummer	Bereikbaarheid
Huisarts			
Verpleging/Verzorging			
Vrijwilliger			
Mantelzorger			
Jeugdzorg			
Personenalarmering			
Maaltijdvoorziening			
Glazenwasser			

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/socialle 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 ☐ vrijstaand huis ☐ eengezinswoning ☐ anders, nl.
Leefbare ruimtes	☐ woonkamer ☐ toilet ☐ keuken ☐ slaapkamer; aantal ☐ badkamer Aantal ruimtes:
Welke werkzaamheden kunt u zelf niet meer?	
Heeft u ondersteuning nodig op andere gebieden?	☐ Administratie en Financiën ☐ Huishouden ☐ Sociaal en persoonlijk functioneren ☐ Gezin (tijdelijk) ☐ Regelvermogen en dagstructuur ☐ Zelfzorg en gezondheid Als er op een ander resultaatgebied ondersteuning nodig is, geeft u of de medewerker dit door aan de planning.

3. Ondersteuningsplan Sociaal WijkTeam (SWT) Zwolle

1.

Voeg hier het Ondersteuningsplan toe van het SWT.

4. Ondersteuningsplan DNZT

Hieronder staan werkzaamheden om te komen tot een schoon en leefbaar huis (Resultaatgebied).

Afspraken werkzaamheden: Wat doet/kunt u nog zelf?					
Ruimte/ werkzaamheden	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 let op: alleen bij uit- zondering!					
Wassen en drogen					
Bovenkleding strijken					
Aanvullende werkzaamheden**					

*Zie bijlage ondersteuningsplan SWT voor maatstaf frequentie bij een gemiddelde situatie.

**In verband met verzwarende omstandigheden, zoals beschreven in het ondersteuningsplan SWT.

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

5. Evaluatieformulier Thuisondersteuning

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

Er vindt in ieder geval halverwege de indicatie en uiterlijk 6 weken voor het einde van de indicatie een evaluatie plaats. De medewerker stuurt daarbij een kopie van dit formulier naar de afdeling planning. De planning zal dit naar het SWT sturen, zodat het SWT dit kan meenemen in het evaluatiegesprek.

Van zorgaanbieder:

Naam cliënt:

T.b.v. evaluatiegesprek op (datum)

Beoogd resultaat *	
Beoogde doelen / sub-resultaten*	
Op welke wijze is hieraan gewerkt de afgelopen peri- ode?	
Zijn de resultaten (deels) behaald?	
Waarom wel/ niet?	
Hoe verliep het contact tus- sen de betrokken partijen?	
Advies vervolg ondersteu- ning	

*Zoals benoemd in oorspronkelijk ondersteuningsplan van SWT.

[illegible]

[illegible]

[illegible]

[illegible]

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	Opmerkingen
○ '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 vorige bladzijde

Indien van toepassing (alleen op indicatie WMO)

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

Gemaakte afspraken met de cliënt

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

9. Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines

[illegible]

* 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:

Geef 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 MEPEL 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?

[illegible]

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:		

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?

[illegible]

Naam	
Functie	
Invuldatum	

Naam coördinator	
------------------	--

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

[illegible]

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 MEPPHEL of mailen naar bijzonderbeheer@dnzt.nl

