



Zorgmap



Algemene informatie

- | | | |
|----|----------------------------------|---|
| 1. | Toelichting voor de cliënt | 4 |
| 2. | Bereikbaarheid DNZT | 5 |

Cliëntgegevens

- | | | |
|----|----------------------|---|
| 3. | Cliëntgegevens | 6 |
|----|----------------------|---|

Uitvoering

- | | | |
|----|--|----|
| 4. | Uitvoeringsplan Hulp bij het Huishouden | 7 |
| 5. | Voortgangsrapportage | 9 |
| 6. | Overdracht vakantieperiode | 11 |
| 7. | Evaluatieformulier Hulp bij het Huishouden | 13 |

Formulieren

- | | | |
|-----|---|----|
| 8. | Arbochecklist huishoudelijke verzorging | 15 |
| 9. | Toestemmingsformulier gegevensverstrekking | 18 |
| 10. | Klachtenformulier - Informatie over de klachtenregeling | 21 |
| 11. | Melding incidentenformulier | 23 |
| 12. | Schadeformulier | 25 |

1. Toelichting voor de cliënt

Geachte mevrouw/heer,

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

U ontvangt zorg van de medewerkers van DNZT. Wij streven ernaar deze zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten op uw wensen en uw thuissituatie.

In de zorgmap noteren de medewerkers alle afspraken die met u gemaakt zijn omtrent de zorgverlening en vermelden bijzonderheden voor eventuele collega medewerkers.

In deze map worden alleen gegevens opgenomen die van belang zijn voor het zo goed mogelijk uitvoeren van de ondersteuning in de huishouding.

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 zorgmap.

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

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

Met vriendelijke groet,

Steven Lantink
Bestuurder DNZT

2. Bereikbaarheid DNZT

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

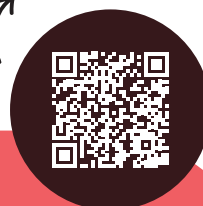
De afdeling planning is bereikbaar op het nummer:

085 023 90 43

Wanneer u de zorg 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?

Veelgestelde vragen

Misschien vindt u hier direct het antwoord dat u zoekt.

**Bezoekadres:**

Wilhelminastraat 92
7941 HW Meppel

Postadres:

Stationsweg 44
7941 HE Meppel

Mailadres:

planning@dnzt.nl

3. Cliëntgegevens

Gegevens van de cliënt			
Naam:		Geslacht:	☐ M ☐ V
Adres:			
Postcode:		Geboortedatum:	
Woonplaats:		Burgerlijke staat:	
Telefoon:		E-mailadres:	
Zorgverlening			
Startdatum HH:		Einddatum HH:	

Contactgegevens DNZT			
Adres:	Stationsweg 44	Postcode:	7941 HE
Plaats:	MEPPEL		
Naam medewerker	Telefoonnummer	Bereikbaarheid	
1.			
2.			
3.			
Contactpersonen			
Naam	Relatie tot cliënt	Telefoonnummer	Bereikbaarheid
1.			
2.			
3.			
Huisgenoten			
Naam	Relatie tot cliënt	Geboortedatum	
1.			
2.			
3.			
Gegevens huisarts			
Naam	Telefoonnummer	Bereikbaarheid	

4. Uitvoeringsplan Hulp bij het Huishouden

Professionele ondersteuning		
Van welke andere organisaties krijgt u ondersteuning?	Organisatie / contactpersoon	Telefoonnummer
☐ Verpleging en Verzorging		
☐ Maatschappelijk werk/GGZ		
☐ Dagbesteding		
☐ Glazenwasser		
☐ Boodschappendienst		
☐ Maaltijdservice		

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? ☐ ja ☐ nee Zo ja hoe: Zo nee, zou u dat willen: - Welk contact heeft u in uw wijk? - Doet u nog mee met activiteiten in of buiten uw wijk? - Wat gaat er goed? Waar haalt u energie uit? - Kunt of wilt u nog iets voor iemand betekenen in de wijk? ☐ ja ☐ nee Zo ja; mogen we dan uw gegevens doorgeven? ☐ ja ☐ nee

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 werkzaamheden kunt u zelf niet meer?		

Z.O.Z.

Heeft u ondersteuning nodig op andere gebieden?	☐ Financiën/administratie * ☐ Dagbesteding* ☐ Huisvesting* ☐ Sociale contacten* ☐ Activiteiten in het dagelijkse leven* ☐ Lichamelijke gezondheid** Doorverwijzen naar: * praktische begeleiding ** verpleging en verzorging
---	--

Afspraken werkzaamheden: Wat doet/kunt u nog zelf?					
Ruimte/ werkzaamheden	Frequentie	Cliënt voert zelf uit	Vrijwilliger of Mantel-zorger voert uit	Overnemen door medewerker	nvt
Licht huishoudelijke taken					
Afwassen					
Opruimen (vuilnisbak legen)					
Stoffen en afnemen					
Zwaar huishoudelijke taken					
Stofzuigen					
Bed(den) verschonen					
Ramen zemen binnen					
Sanitair (badkamer/toilet)					
Schoonmaken					
Dweilen					
Keuken					
Schoonmaken					
Dweilen					
Koelkast schoonmaken					
Wasgoed let op: alleen mogelijk als dit binnen indicatie van gemeente valt					
Sorteren					
Wassen/centrifugeren					
Ophangen/droogtrommel					
Afhalen					
Opvouwen					
Bovenkleding strijken					
Opbergen					
Overig					

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

[illegible]

[illegible]

[illegible]

Overdracht vakantieperiode Vervolg

[illegible]

7. Evaluatieformulier Hulp bij het Huishouden

In overleg met de cliënt evalueert de medewerker afhankelijk van de situatie minimaal één keer per jaar de hulp bij het huishouden. De antwoorden worden op dit formulier door de medewerker ingevuld.

Datum:

Hulp bij het Huishouden	
Is de cliënt tevreden over de geboden ondersteuning? Zo nee , welke veranderingen wenst de cliënt? *indien je samen met de cliënt dit niet kan oplossen, bel dan met je planner.	☐ Ja ☐ Nee*
Zijn er veranderingen nodig in de afspraken over de huishoudelijke werkzaamheden? Zo ja , welke andere afspraken zijn nodig: *indien er wijzigingen zijn in de situatie van de cliënt en/of planning bel dan met je planner.	☐ Ja* ☐ Nee
Is het benodigde schoonmaakmateriaal nog steeds beschikbaar, deugdelijk (niet kapot of versleten) en veilig aanwezig? Zo nee , wat moet er vervangen worden? *indien er materiaal moet worden vervangen, dient de cliënt of contactpersoon hiervoor te zorgen.	☐ Ja ☐ Nee*

Indicatie	
Loopt de indicatie binnen 2 maanden af? *Zo ja , verwijs de cliënt dan naar het Wmo loket van de gemeente om een nieuwe indicatie aan te vragen.	☐ Ja* ☐ Nee
Zijn er signalen dat de cliënt andere zorg nodig heeft? (bijv. begeleiding bij activiteiten of persoonlijke verzorging) *Zo ja , bel dan met je planner.	☐ Ja* ☐ Nee

Handtekening voor bevestiging uitvoering evaluatie	
Naam Cliënt: Handtekening Cliënt: Datum:	Naam medewerker: Functie medewerker: Handtekening Medewerker: Datum:

8. Arbo checklist huishoudelijke verzorging

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	Opmerkingen
☐ 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. Toestemmingsformulier gegevensverstrekking

Let op: vul dit formulier alleen 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.

10. Klachtenformulier

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, 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?

[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 zorgverlener 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 kan 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 zorgmap zit. U stuurt dit volledig ingevuld 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:

www.dnzt.nl

Als ook dat niet tot een voor u aanvaardbare oplossing leidt, is er nog de mogelijkheid om uw klacht in te dienen bij de geschilleninstantie Stichting Zorggeschil.

Zie www.zorggeschil.nl. DNZT heeft een lidmaatschap bij Zorgthuisnl. Zorgthuisnl is aangesloten bij de geschilleninstantie Stichting Zorggeschil.

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.

Adres:

DNZT thuiszorg
Stationsweg 44
7941 HE MEPEL
Mail: info@dnzt.nl

11. Melding Incidentenformulier

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 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?	
Z.O.Z.	
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.	

12. Formulier Schademelding en Aansprakelijkheidsstelling**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 dient te worden bijgevoegd)☐ Foto beschadigd artikel (dient te worden bijgevoegd)☐ Schade offerte door professionele reparateur/leverancier, indien sprake is van mogelijke reparatie (kopie dient te worden bijgevoegd)

Datum van de schade: _____

Oorzaak van de schade: _____

Z.O.Z.

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 MEPPLE, of mailen naar **bijzonderbeheer@dnzt.nl**



dnzt
thuiszorg

