

In te vullen door de zorgverlener

Formulier zorgplan - PGB Individuele begeleiding

1. Personalialia

Naam klant	
Straat en huisnummer	
Postcode en woonplaats	
Geboortedatum	
Telefoonnummer	
Email	

Het zorgplan is geldig van Tot en met

Het zorgplan is besproken met cliënt/vertegenwoordiger en deze is akkoord.

2. Probleemgebieden

Financiën	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Dagbesteding	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:

Huisvesting	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Huiselijke relaties	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Geestelijke gezondheid	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Lichamelijke gezondheid	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:

Verslaving	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Activiteiten dagelijks leven	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Sociaal netwerk	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Maatschappelijke participatie	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:
Justitie	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:

Overige problemen	Indien van toepassing, toelichting waarom cliënt op dit gebied ondersteuning nodig heeft:

3. Evaluatie oude resultaten (alleen invullen als u een melding heeft gedaan voor verlenging van uw indicatie voor een PGB, anders gaat u door naar punt 4).		
Oude doelen:	Hoe is aan de vastgestelde resultaten gewerkt?	Doel behaald wel/niet
1.		
2.		
3.		
4.		

5.		
----	--	--

4. Wat zijn de (nieuwe) resultaten en hoe wordt hier aan gewerkt?

Probleem	Doel	Hoe wordt hier aan gewerkt?
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Gemaakte afspraken tussen begeleider en cliënt

Dag	Naam begeleider	Op welke manier vindt er contact tussen u en de begeleider plaats (huisbezoek, telefonisch-/digitaal contact).	Aan welke doelen wordt gewerkt
Maandag			

Dinsdag			
Woensdag			
Donderdag			
Vrijdag			
Zaterdag			
Zondag			

Ondergetekende verklaren:
Dat de op dit formulier ingevulde gegevens in overeenstemming met de waarheid zijn
verstrekkt;

Plaats: Datum:

Handtekening zorgverlener: -----

Handtekening cliënt: -----