



INSCHRIJFFORMULIER WACHTLIJST

0 Locatie Oldeslo **0 Locatie Aelbrecht van Beijeren**

Naam: _____ M / V

Voornamen: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ e-mail: _____

Burgerservicenummer: _____

Zorgverzekering: _____ polisnummer: _____

Burgerlijke staat: ongehuwd / gehuwd / samenwonend / weduw(e)naar

Beschikt u over een indicatie van het CIZ voor: VV4, VV5, VV6? Ja, VV _____

Wilt u geplaatst worden in een:

Basis appartement (Voor plaatsing beschikt u over een WLZ-indicatie VV5 of VV6. Hiervoor betaalt u aan het CAK een eigen bijdrage)

Ruimer particulier appartement (Voor plaatsing beschikt u over een WLZ-indicatie VV4, VV5 of VV6. U betaalt aan Oldael huur, service, hotellerie, en aan het CAK een eigen bijdrage voor de WLZ-indicatie)

Op de verpleegafdeling Facet in Oldeslo (3^e etage) (Voor plaatsing beschikt u over een WLZ-indicatie VV5. Hiervoor betaalt u aan het CAK een eigen bijdrage)

1^{ste} Contactpersoon:

Naam: _____ relatie: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ e-mail: _____

2^{de} Contactpersoon:

Naam: _____ relatie: _____

Adres: _____

Postcode en woonplaats: _____

Telefoonnummer: _____ e-mail: _____

Heeft u momenteel thuiszorg?

0 Ja, thuiszorg van (naam) organisatie: _____

Wie is uw huidige huisarts?

Naam/Adres _____

Bij welke apotheek bent u ingeschreven?

Naam/Adres _____

Op welke termijn wilt u in het woonzorgcentrum gaan wonen?

Kunt u een korte omschrijving geven van uw huidige beperkingen en uw zorgbehoefte?

Ingevuld op (datum): _____

Dit formulier kunt u retourneren per mail : clientadviseur@oldael.nl
Of per post : Stichting Zorggroep Oldael
T.a.v. de cliëntadviseur
Postbus 90710
2509 LS DEN HAAG