



Thuisondersteuning Zwolle

De Nieuwe Zorg Thuis
1 Team, 1 Taak!

De Nieuwe Zorg Thuis
Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL
Tel: 085-0239043
E-mail: planning@dnzt.nl
Website: www.denieuwezorgthuis.nl

Inhoudsopgave

1.	Toelichting voor de cliënt	3
2.	Cliëntgegevens	4
3.	Ondersteuningsplan Sociaal WijkTeam (SWT) Zwolle	6
4.	Ondersteuningsplan De Nieuwe Zorg Thuis.....	7
5.	Evaluatieformulier Thuisondersteuning	9
6.	Voortgangsrapportage ondersteuning	10
7.	Overdracht Vakantieperiode	11
8.	Arbo checklist huishoudelijke ondersteuning	12
9.	Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines	14
10.	Toestemmingsformulier gegevensverstrekking	15
11.	Formulieren	16
11.1	Klachten	16
11.2	Melding incidenten	18
11.3	Formulier Schademelding en Aansprakelijkheidsstelling	20

1. Toelichting voor de cliënt

Geachte heer, mevrouw,

Mede namens onze medewerkers heten wij u hartelijk welkom bij De Nieuwe Zorg Thuis.

U ontvangt ondersteuning van een medewerker van De Nieuwe Zorg Thuis. 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 De Nieuwe Zorg Thuis

De Nieuwe Zorg Thuis is bereikbaar van maandag tot en met vrijdag van 8.30 uur tot 17.00 uur op het volgende nummer:

085-0239043

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 De Nieuwe Zorg Thuis 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 De Nieuwe Zorg Thuis.

Met vriendelijke groet,

Namens De Nieuwe Zorg Thuis

Hijbo Lantink
Algemeen Directeur

2. Cliëntgegevens

Gegevens van de cliënt			
Naam:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:			
Postcode:		Geboortedatum:	
Woonplaats:		Burgerlijke staat:	
Telefoon:		E-mailadres:	
BSN:			
Documenttype:	<input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Identiteitsbewijs <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Vreemdelingendocument		
Documentnummer:			
Hulpverlening:			
Startdatum Thuisondersteuning		Einddatum Thuisondersteuning	

Contactgegevens De Nieuwe Zorg Thuis			
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.			
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			

3. Ondersteuningsplan Sociaal WijkTeam (SWT) Zwolle

Voeg hier het Ondersteuningsplan toe van het SWT.

4. Ondersteuningsplan De Nieuwe Zorg Thuis

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

Afspraken werkzaamheden: Wat doet/kunt u nog zelf?					
Ruimte/ werkzaamheden	Frequentie *	Clïënt voert zelf uit	Vrijwilliger of Mantelzorger voert uit	Overnemen door medewerker	nvt
Licht huishoudelijke taken					
Afwassen					
Opruimen (incl. afval)					
Stof afnemen(midden/laag)					
Zwaar huishoudelijke taken					
Stofzuigen algemeen					
Stof afnemen (hoog)					
Bed(den) verschonon					
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 uitzondering!					
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: Handtekening Cliënt: Datum:	Naam Medewerker: Handtekening Medewerker: Datum:

Resultaten en doelen van ondersteuningsplan

Cliëntgegevens			
Naam Cliënt:		Geboortedatum:	
Naam Medewerker:			
Resultaatgebied:			
Startdatum		Status doel	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> 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 minimaal tweemaal per jaar 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:

Beoogd resultaat *	
Beoogde doelen / sub-resultaten*	
Op welke wijze is hieraan gewerkt de afgelopen periode?	
Zijn de resultaten (deels) behaald?	
Waarom wel/ niet?	
Hoe verliep het contact tussen de betrokken partijen?	
Advies vervolg ondersteuning	

T.b.v. evaluatiegesprek op (datum)

*Zoals benoemd in oorspronkelijk ondersteuningsplan van SWT.

8. Arbo checklist huishoudelijke ondersteuning

De Nieuwe Zorg Thuis 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.

De volgende materialen dienen beschikbaar te zijn:

Werkmaterialen	Schoonmaakwerkzaamheden	
	Eisen	Opmerkingen
Klam vochtig droog reinigen		
<input type="checkbox"/> Huishoudtrap	kleine trap met 3 of 4 treden, lichtgewicht en antislip onder poten, treden en platform	
<input type="checkbox"/> Stofdoeken	veiligheidsbeugel bovenop van flanel of wegwerpdoekjes	
<input type="checkbox"/> Werkdoeken	gemakkelijk te wringen en te reinigen	
<input type="checkbox"/> Ragebol	incl. steellengte 135 cm ¹	
<input type="checkbox"/> Huishoudhandschoenen		
Vloer reinigen droog		
<input type="checkbox"/> Stofzuiger	incl. steellengte 135 cm + hulpstukken ²	goede wend- en verplaatsbaarheid
<input type="checkbox"/> Bezem	incl. steellengte 135 cm	
<input type="checkbox"/> Stoffer en blik	+ rubber strip op blik	
Reinigen nat		
<input type="checkbox"/> Emmer 10 liter	met (breed) hengsel	
<input type="checkbox"/> Spons en zeem	makkelijk te wringen	
<input type="checkbox"/> Raamtrekker	rubber van goede kwaliteit	
<input type="checkbox"/> Toiletborstel		
Vloer reinigen nat		
<input type="checkbox"/> Vloertrekker/Luiwagen	incl. steellengte 135 cm	
<input type="checkbox"/> Dweil	60-50 cm	
<input type="checkbox"/> Mop/ Swiffer	60-50 cm	
Incidentele taken		
<input type="checkbox"/> Schuurspons		

Z.O.Z

¹ Het gaat er hier om dat je de werkzaamheden met een rechte rug kan uitvoeren.

² Hierbij gaat het er ook om dat je met een rechte rug je werkzaamheden kunt uitvoeren.

Werkomgeving		
Werkhoogte		
<input type="radio"/> 'Bewegend' werk	Tussen schouder en heuphoogte	
<input type="radio"/> Zittend/staand werk	Werkvlak op ellebooghoogte	
Veiligheid		
<input type="radio"/> Elektriciteitsvoorziening in orde		
<input type="radio"/> Losse kleedjes	Antislip materiaal aanbrengen	
<input type="radio"/> Grepen stevig en vast		
<input type="radio"/> Geen val- of stootgevaar		
Rookvrije werkplek	Afspraken maken met cliënt indien deze rookt	

Gemaakte afspraken met de cliënt

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

9. Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines

Clientgegevens			
Naam cliënt		Geboortedatum	
Betrokken disciplines	Naam	Telefoonnummer	
<input type="checkbox"/> Huisarts			
<input type="checkbox"/> Verpleging en Verzorging			
<input type="checkbox"/> Jeugdzorg			
<input type="checkbox"/> Vrijwilliger			
<input type="checkbox"/> Mantelzorger			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/>			

Datum	Afspraken	Discipline	Verwerkt*

* Paraaf medewerker

10. Toestemmingsformulier gegevensverstrekking

Let op: vul dit formulier alleen in als medewerkers van een **andere** organisatie dan De Nieuwe Zorg Thuis 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, aan ondergetekende schriftelijk en mondeling gegevens te verstrekken aan:
Naam persoon:
Functie:
Naam Organisatie:

Datum:
Handtekening Cliënt:

Stuur een kopie hiervan naar De Nieuwe Zorg Thuis via de mail: za@dnzt.nl.

11. Formulieren

11.1 Klachten

Indien u een klacht heeft over De Nieuwe Zorg Thuis, kunt u gebruik maken van het klachtenformulier en deze volledig ingevuld zenden, ter attentie van de directie van De Nieuwe Zorg Thuis, Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL.

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	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Gewenste oplossing	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
Heeft uw al telefonisch contact gehad over uw klacht? Wat is daar uitgekomen?	
Naam medewerker	
Wat is er uit het gesprek gekomen?	
<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
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 De Nieuwe Zorg Thuis 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. Hoe dit in zijn werk gaat kunt u in deze informatie lezen.

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 via telefoonnummer 085-0239043.

U kunt een formele 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 De Nieuwe Zorg Thuis. Dit reglement kunt u inzien op de website van De Nieuwe Zorg Thuis: www.denieuwezorgthuis.nl via 'cliënten' en 'klachtenreglement'.

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/>. De Nieuwe Zorg Thuis heeft een lidmaatschap bij Zorgthuisnl. Zorgthuisnl is aangesloten bij de geschilleninstantie Stichting Zorggeschil.

11.2 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.

Dit gedeelte niet invullen

Ingekomen d.d.:
 Ontvangen door:
 Afgehandeld door:
 Besproken d.d.:

Het volledig ingevulde formulier verzenden naar de directie van *De Nieuwe Zorg Thuis*, Stationsweg 44, 7941 HE MEPEL.

Uw gegevens zullen vertrouwelijk worden behandeld.

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

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

11.3 Formulier Schademelding en Aansprakelijkheidsstelling

De Nieuwe Zorg Thuis BV

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: DNZT zal – in geval van schade-uitkering – uitsluitend de dagwaarde van het beschadigde artikel uitkeren. Tevens heeft cliënt een eigen risico van € 50,= per schadegeval.

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

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:

De Nieuwe Zorg Thuis B.V. Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL