



# **BEGELEIDINGSMAP**

**De Nieuwe Zorg Thuis**  
*Niemand mag langs de kant staan*

## **De Nieuwe Zorg Thuis**

Stationsweg 44, 7941 HE MEPPEL, Postbus 158, 7940 AD MEPPEL

Tel: 085-0239043

E-mail: [hv@dnzt.nl](mailto:hv@dnzt.nl)

Website: [www.denieuwezorgthuis.nl](http://www.denieuwezorgthuis.nl)

## Inhoudsopgave

1.	Toelichting voor de cliënt.....	3
2.	Bereikbaarheid De Nieuwe Zorg Thuis.....	3
3.	Cliëntgegevens .....	4
4.	Anamnese .....	5
5.	Begeleidingsplan .....	7
6.	Voortgangsrapportage zorg .....	9
7.	Afsprakenblad huisarts, mantelzorger en andere disciplines .....	10
8.	Zorgoverdracht .....	11
9.	Formulieren .....	13
9.1	Klachten.....	13
9.2	Melding incidenten.....	15
9.3	Formulier Schademelding en Aansprakelijkheidsstelling.....	17

## 1. Toelichting voor de cliënt

Geachte heer, mevrouw,

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

U ontvangt zorg van de zorgverleners van De Nieuwe Zorg Thuis. Wij streven ernaar deze zorg zo goed mogelijk te laten aansluiten bij uw wensen en uw thuissituatie. In de zorgmap noteren de zorgverleners alle afspraken die met u gemaakt zijn omtrent de zorgverlening en vermelden bijzonderheden voor eventuele collega zorgverleners. In deze zorgmap worden alleen gegevens opgenomen die van belang zijn voor het zo goed mogelijk uitvoeren van de begeleiding. Het spreekt voor zich dat u deze zorgmap 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 De Nieuwe Zorg Thuis.

Wij gaan ervan uit dat u zich thuis voelt bij De Nieuwe Zorg Thuis en dat de ondersteuning naar wens verloopt.

Met vriendelijke groet,

Ger Lantink  
Coördinator De Nieuwe Zorg Thuis

## 2. 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 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?

### 3. 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 HH:		Einddatum HH:	
Startdatum Begeleiding:		Einddatum Begeleiding:	

Contactgegevens De Nieuwe Zorg Thuis			
Adres:	Stationsweg 44	Postcode:	7941 HE
Plaats:	MEPPEL		
Telefoonnummer:	085-0239043		
Naam begeleiders	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 hulpverleners/betrokkenen (invullen indien van toepassing)			
Organisatie/instantie	Aanbieder + Naam	Telefoonnummer	Bereikbaarheid
Huishoudelijke hulp			
Verpleegkundige/ Verzorgende			
Huisarts			
Vrijwilliger			
Mantelzorger			
GGZ			
JGZ			
Onderwijs			
Collectieve voorzieningen			
Budgetbeheer			
Verslavingszorg			
Personenalarmering			
Maaltijdvoorziening			

#### 4. Anamnese

Cliëntgegevens			
Naam cliënt		Geboortedatum	
Geef per domein de ZRM score aan			
Ingevuld door		Datum	

Financiën	Score ZRM	
Huidige situatie	Gewenste situatie	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

Dagbesteding	Score ZRM	
Huidige situatie	Gewenste situatie	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

Huisvesting	Score ZRM	
Huidige situatie	Gewenste situatie	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

Huiselijke relaties	Score ZRM	
Huidige situatie	Gewenste situatie	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

Geestelijke gezondheid	Score ZRM	
Huidige situatie	Gewenste situatie	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

<b>Lichamelijke gezondheid</b>	<b>Score ZRM</b>	
<b>Huidige situatie</b>	<b>Gewenste situatie</b>	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
<b>Verslaving</b>	<b>Score ZRM</b>	
<b>Huidige situatie</b>	<b>Gewenste situatie</b>	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
<b>Activiteit dagelijks leven</b>	<b>Score ZRM</b>	
<b>Huidige situatie</b>	<b>Gewenste situatie</b>	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
<b>Sociaal netwerk</b>	<b>Score ZRM</b>	
<b>Huidige situatie</b>	<b>Gewenste situatie</b>	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
<b>Maatschappelijke participatie</b>	<b>Score ZRM</b>	
<b>Huidige situatie</b>	<b>Gewenste situatie</b>	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
<b>Justitie</b>	<b>Score ZRM</b>	
<b>Huidige situatie</b>	<b>Gewenste situatie</b>	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	
.....	.....	

## 5. Begeleidingsplan

Cliëntgegevens			
Naam Cliënt:		Geboortedatum	
Naam begeleider/organisatie:			
Werkdoel 1.			
<b>Startdatum</b>		<b>Status doel</b>	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> Bijgesteld
<b>Werkdoel</b> (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		<b>Activiteiten</b> (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
Werkdoel 2.			
<b>Startdatum</b>		<b>Status doel</b>	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> Bijgesteld
<b>Werkdoel</b> (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		<b>Activiteiten</b> (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
Werkdoel 3.			
<b>Startdatum</b>		<b>Status doel</b>	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> Bijgesteld
<b>Werkdoel</b> (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		<b>Activiteiten</b> (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
Werkdoel 4.			
<b>Startdatum</b>		<b>Status doel</b>	<input type="checkbox"/> Nieuw <input type="checkbox"/> Gecontinueerd <input type="checkbox"/> Bijgesteld
<b>Werkdoel</b> (Geef de tijdsperiode aan in het doel.)		<b>Activiteiten</b> (Geef kort de activiteiten aan tot het behalen van het doel.)	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	
.....		.....	







**7. Afsprakenblad huisarts, mantelzorg en andere disciplines**

Clientgegevens			
Naam cliënt		Geboortedatum	
<b>Betrokken disciplines</b>	<b>Naam</b>	<b>Telefoonnummer</b>	
<input type="checkbox"/> Huisarts			
<input type="checkbox"/> Specialist			
<input type="checkbox"/> Diëtist			
<input type="checkbox"/> Fysiotherapeut			
<input type="checkbox"/> Maatschappelijk werk			
<input type="checkbox"/> Mantelzorg			
<input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> .....			
<input type="checkbox"/> .....			

Datum	Afspraken	Discipline	Verwerkt*

\* Paraaf begeleider

## 8. Zorgoverdracht

Gegevens van de cliënt			
Naam			
Adres			
Postcode			
Woonplaats			
Geboortedatum			
BSN			
Zorgoverdracht			
Van instelling			
Naar instelling			
Gegevens van behandelaars en/of zorgverleners			
Huisarts			
Naam		Telefoon	
Adres			
Apotheek			
Naam		Telefoon	
Adres			
.....			
Naam		Telefoon	
Adres			
.....			
Naam		Telefoon	
Adres			
Reden van de zorg			
In zorg sinds			
.....			
.....			
.....			
Gegevens contactpersonen (aan wie informatie gevraagd of gegeven kan worden)			
Naam	Telefoon	Relatie tot cliënt	
1.			
2.			
3.			
Medische voorgeschiedenis			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			
Overgevoeligheden en/of allergieën			
.....			
.....			
.....			
.....			
.....			

**Lichamelijke gezondheid**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Welbevinden**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Sociale redzaamheid**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Woon- en leefomgeving**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 9. Formulieren

### 9.1 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, Postbus 158, 7940 AD 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			
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div>			
Gewenste oplossing			
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div>			
Heeft uw al telefonisch contact gehad over uw klacht? Wat is daar uitgekomen?			
Naam medewerker			
Wat is er uit het gesprek gekomen?			
<div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div> <div style="border-bottom: 1px dotted black; height: 15px; width: 100%;"></div>			
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 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 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 zorgmap 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](http://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.

## 9.2 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*, Postbus 158, 7940 AD MEPPEL.

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: .....		





**9.3 Formulier Schademelding en Aansprakelijkheidsstelling****Adres**

Postbus 158  
7940 AD MEPEL  
Tel: 085-0239043

**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. Zie adres rechtsboven.