

Informatieformulier

1. Algemene gegevens:

Naam zorgaanbieder: Zorggroep Solis
Adres: Hermelijn 2
Postcode/plaats: 7423 EJ
Gevestigd te: Deventer

Locatie:
KvK-nummer: 08093263
Telefoonnummer: 0570 – 698 298
E-mail: clientbemiddeling@zorggroepsolis.nl

Naam cliënt: mevrouw de heer
Adres:
Postcode/plaats:
Geboortedatum:
Email:
BSN:
Telefoonnummer:

Toelichting hieronder gebruikte termen:

- Wettelijk vertegenwoordiger: iemand die op grond van de wet, een benoeming door de rechtbank of een formeel schriftelijk stuk bevoegd is voor of namens u zorg- / medische beslissingen te nemen.
- Eerste contactpersoon: iemand die praktische zaken, zoals een boodschap of vervoer naar het ziekenhuis, voor u regelt. Dit kan uw wettelijk vertegenwoordiger of iemand anders zijn.
- Levenstestament: notariële akte waarin u heeft laten vastleggen wie namens u wanneer en waarover beslissingen mag nemen. Dit is iets anders dan een normaal testament.
- Machtiging: schriftelijk, door u ondertekend stuk waarin u, op het moment dat u wilsbekwaam bent/was, heeft vastgelegd wie namens u wanneer en waarover beslissingen mag nemen.
- Wilsbekwaam: u bent in staat de informatie over uw zorg/behandeling en de gevolgen hiervan te begrijpen en daarover besluiten te nemen.

Voor meer informatie over vertegenwoordiging zie [Cliënteninformatie | Zorggroep Solis](#).

2. Wettelijke vertegenwoordiging:

Is er sprake van wettelijke vertegenwoordiging voor zorg- / medische beslissingen?

- ☐ Nee
☐ Ja, door de rechter benoemde mentor (kopie benoemingsbeschikking bijvoegen)
☐ Ja, andere wettelijk vertegenwoordiger nl.:
☐ echtgenoot/partner ☐ ouder ☐ kind ☐ broer/zus ☐ grootouder ☐ kleinkind

Heeft u een levenstestament bij de notaris opgemaakt of iemand schriftelijk gemachtigd om zorg- / medische beslissingen te nemen?

- ☐ Nee
☐ Ja (kopie levenstestament of getekende machtiging bijvoegen)

3a. Gegevens wettelijk vertegenwoordiger:

Voorletters en achternaam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Email:

Telefoon (overdag)/mobiel:

Relatie tot cliënt:

Geslacht: M ☐ V ☐

3b. Uw eerste contactpersoon voor praktische zaken is:

☐ Uw wettelijk vertegenwoordiger (zie hierboven)

☐ Iemand anders, nl.:

Voorletters en achternaam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Email:

Relatie tot cliënt:

Telefoon (overdag)/mobiel:

Geslacht: M ☐ V ☐

3c. Uw financiële zaken worden geregeld door:

☐ Uzelf

☐ Uw door de rechter benoemde bewindvoerder (kopie benoemingsbeschikking bijvoegen)

☐ Uw wettelijk vertegenwoordiger (zie hierboven)

☐ Iemand anders, nl.:

Voorletters en achternaam:

Straat en huisnummer:

Postcode en woonplaats:

Email:

Relatie tot cliënt:

Telefoon (overdag)/mobiel:

Geslacht: M ☐ V ☐

3. Toestemmingsvragen

U geeft toestemming voor het gebruik van aangeleverde of door Solis gemaakt foto's ten behoeve van identificatie en/of verslaglegging in het zorgdossier.

Gaat u hiermee akkoord? ☐ Ja ☐ Nee

Als dit in het kader van de zorgverlening nodig is, kan de apotheek gegevens zoals laboratoriumgegevens opvragen of gegevens opvragen bij vorige zorgverleners, alsmede informatie delen met derden, maar slechts als dit voor de farmaceutische dienstverlening strikt noodzakelijk is.

Gaat u hiermee akkoord? ☐ Ja ☐ Nee

Als dit in het kader van de zorgverlening nodig is, kan Solis gegevens opvragen bij andere/vorige zorgverleners, waaronder de huisarts.

Gaat u hiermee akkoord? ☐ Ja ☐ Nee

Als dit in het kader van de zorgverlening nodig is, kan Solis gegevens delen met externe zorgverleners.

Gaat u hiermee akkoord? ☐ Ja ☐ Nee

Indien niet akkoord: medewerker geeft dit door aan de arts of de wijkverpleegkundige.

Indien u uw gegeven toestemming wenst in te trekken of geweigerde toestemming alsnog wenst te geven, kunt u dit aan uw zorgverlener doorgeven, zodat deze dit kan aanpassen in uw zorgdossier.

Uw handtekening

Naam/handtekening curator/mentor/gemachtigde/
wettelijk vertegenwoordiger

.....

.....

Plaats:

Datum: