Wij verzoeken u deze vragenlijst volledig in te vullen. Graag aankruisen wat van toepassing is.

*Voor meer informatie over de toetsingscriteria behorende bij de ureninzet per normpraktijk, zie ‘Toetsingscriteria POH GGZ 2022’.*

*Weet u niet welk aanvraagformulier voor u van toepassing is, neem dan contact op met* [*contractering.huisartsenzorg@dsw.nl*](mailto:contractering.huisartsenzorg@dsw.nl)*.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens Huisarts(en)** | |
| Naam huisartsenpraktijk |  |
| AGB code praktijk |  |
| Totaal ingeschreven aantal patiënten (praktijk- OF samenwerkingsverband niveau) per laatste peildatum | ………………………………………… patiënten per:………………………………………… (peildatum) |
| Gewenste ingangsdatum uitbreiding inzet POH GGZ?  (ingang alleen per kwartaal mogelijk, aanvraag dient voor de eerste van het kwartaal ontvangen te zijn) | Kwartaal: …………………………… Jaar: …………………… |
| Gewenste aantal uren personele inzet POH GGZ | ……………………………………………… uur per week |
| Zet u e-health in als onderdeel van de functionele invulling POH GGZ? | 0 Nee 0 Ja, maar uitsluitend d.m.v. verwijzing naar zelfhulpprogramma’s 0 Ja, m.b.v. een e-health applicatie in de huisartsenpraktijk (*graag een kopie meesturen van de overeenkomst met de betreffende e-health aanbieder waaruit de daadwerkelijke kosten van het gekozen e-health pakket blijkt)* |
| Voor welke doelgroep(en) zet u POH GGZ in? | O Ouderen O Levensfaseproblematiek  O Migranten O Multiproblematiek  O Jeugd O Vrouwen in de overgang  O Studenten O Rouw  O Overig;…………………………………………………………………………………………………………………. |
| Volgt u jaarlijks aantoonbaar geaccrediteerde bij- en nascholing op het gebied van GGZ-stoornissen? | Ja / nee |
| Heeft u minimaal 1 x per 2 weken een overleg van minimaal 1 uur met de POH GGZ? | Ja / nee |
| **Gegevens POH GGZ** | |
| Naam POH GGZ |  |
| Datum afronden opleiding POH GGZ |  |
| Opgenomen in het Register POH-GGZ? | O Ja, registratiedatum:  O Nee |
| BIG registratienummer (*indien van toepassing*) |  |
| Aantal jaar werkervaring in GGZ, gespecificeerd naar functie | |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Functie** | **Organisatie** | **Aantal jaar werkervaring** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |
| Aantal uur intervisie per jaar | ……………………………………………… uur per jaar |
| Aantal uur geaccrediteerde nascholingen per jaar | ……………………………………………… uur per jaar |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Overige vragen in te vullen door de POH GGZ** | | |
| 1 | Is er structureel een grotere vraag dan met de beschikbare formatie is te hanteren? | Ja / nee |
| Indien nee, waarom is dan toch uitbreiding gewenst? |  |
| Indien ja, graag onderstaande vragen invullen: |  |
| 1. Welke problematiek komt voor in de praktijk? |  |
| 1. Wat zijn de wachttijden op het moment? |  |
| 1. Wat is de gemiddelde tijdsbesteding per patiënt en hoe groot is de doorstroom naar andere echelons? |  |
| 2 | Bent u op de hoogte van de in de regio overeengekomen Regionaal Transmurale Afspraak (RTA) t.a.v. structurele samenwerkingsafspraken tussen de huisartsenpraktijk, de POH GGZ en andere zorgverleners uit de eerstelijns GGZ, onder wie tenminste het wijkteam en de Generalistische Basis GGZ?  Of heeft u individuele afspraken gemaakt met andere zorgverleners uit de eerstelijns GGZ, onder wie tenminste het wijkteam en de Generalistische Basis GGZ? En zo ja, welke samenwerkingsafspraken heeft u gemaakt? |  |
| 3 | Welke structurele afspraken zijn er over verwijzingen en terugverwijzing met aanbieders in de generalistische basis GGZ en specialistische GGZ? |  |
| 4 | Maakt u aantoonbaar en doelmatig gebruik van verwijscriteria naar GBGGZ, SGGZ en welzijnsorganisaties? |  |
| 5 | Op welke wijze biedt u begeleiding aan stabiele patiënten met chronische GGZ stoornissen conform de regionale afspraken? |  |
| 6 | Ruimte voor eventuele vragen, opmerkingen en/of mededelingen. |  |