

**DEEL 1: VERPLEEGKUNDIGE DEEL AANVRAAG ZVW-PGB 2023**

- Dit deel vult de verpleegkundige in samen met de verzekerde of een (wettelijke) vertegenwoordiger.<sup>1</sup>
- Een kopie van dit deel van het aanvraagformulier dient te worden toegevoegd aan het dossier van de verpleegkundige.
- Dit aanvraagformulier heeft als uitgangspunt het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving, V&VN, juli 2014.
- De gestelde indicatie is maximaal 3 maanden geldig. Indien de verzekerde in een indicatie heeft voor de Wlz (Wet langdurige zorg) is er geen aanspraak op wijkverpleging mogelijk. U hoeft het formulier niet verder in te vullen.

**Invulinstructie:**

- Voor de vragen 1, 2, en 6 geldt dat u deze verplicht moet invullen.
- Voor de vragen 7, 8 en 9 geldt dat u deze verplicht moet invullen indien deze van toepassing zijn.
- Voor de vragen 3, 4, 5 en 6 geldt dat u mag verwijzen naar het zorgplan, wij vragen u dan wel de checkbox aan te vinken bij de vraag.
  - U kunt alleen 'staat beschreven in het zorgplan' aanvinken als er ook daadwerkelijk een beschrijving in het zorgplan beschreven staat.
- Op elke pagina is er een paraaf van de verpleegkundige nodig.
- Indien u te weinig ruimte heeft, kunt u een extra bladzijde toevoegen.

**Let op: u dient een kopie van het aanvraagformulier Zvw-pgb in uw eigen administratie te bewaren.**

**1. GEGEVENS VERZEKERDE (VOOR WIE IS HET PGB BEDOELD)**

*VERPLICHT IN TE VULLEN*

Achternaam : \_\_\_\_\_

Voorletters : \_\_\_\_\_  man  vrouw

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode en woonplaats : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

BSN : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

E-mailadres : \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Een wettelijke vertegenwoordiger is voor een persoon jonger dan 18 jaar één van de ouders, voor zover deze het ouderlijk gezag heeft, of een voogd. Voor personen van 18 jaar en ouder is het een door de Rechtbank vastgestelde curator, mentor of bewindvoerder. Een vertegenwoordiger is een partner, familielid (bloed- en aanverwante in de 1e of 2e graad) en die niet aan de definitie van een wettelijke vertegenwoordiger voldoet.

\_\_\_\_\_

**2. GEGEVENS INDICERENDE VERPLEEGKUNDIGE**

VERPLICHT IN TE VULLEN

Naam (zoals vermeld in BIG-register) : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

E-mailadres : \_\_\_\_\_

BIG-nummer : \_\_\_\_\_

Niveau opleiding : \_\_\_\_\_

Naam indiceren organisatie : \_\_\_\_\_

AGB-code indicerende : \_\_\_\_\_

organisatie of persoonlijk

Bereikbaar (dagen/tijd) : \_\_\_\_\_

**3. VRAAGVERHELDERING** ZIE ZORGPLAN

<b>1</b>	Wat is/zijn de medische diagnose(n), waaruit de zorgvraag ontstaat?	
	a. Is deze door de indicatiesteller opgevraagd bij de behandelend arts?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> N.V.T.
	b. Zo nee, licht toe waarom deze niet is opgevraagd.	
	c. Wat is de medische voorgeschiedenis?	
	d. Is het medicatie-overzicht opgevraagd of gezien?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>2</b>	Is/zijn er fysieke beperking(en)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Wat is/zijn deze beperking(en)?	
	b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?	
	c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?	

<b>3</b>	Is/zijn er (een) cognitieve en/of psychische beperking(en)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Wat is/zijn deze beperking(en)?	
	b. Wat is het gevolg van deze beperking(en) op het niveau van functioneren?	
	c. Waarom is er geen sprake van zelfredzaamheid?	
<b>4</b>	Is er een indicatie vanuit de Wlz (mogelijk)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
<b>5</b>	Wordt er momenteel zorg vanuit de Wmo ingezet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
<b>6</b>	Worden er op dit moment hulpmiddelen ingezet?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
<b>7</b>	Is er een ergotherapeut betrokken?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo ja: graag een kopie van het verslag meesturen.	
	b. Zo nee, waarom niet?	

<b>8</b>	Zijn er andere behandelaren betrokken? (zoals een fysiotherapeut, diëtist, logopedist, arts etc.)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
	Omschrijf het netwerk van de verzekerde. Dit zijn mantelzorgers en naasten, zoals partners, kinderen, huisgenoten, familie en vrienden. Gebruik hiervoor ter onderbouwing CSI, Ecogram, EDIZ en/of Zarit-12, zie het thema 'Wijkverpleging' op de website <a href="https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/tool-box-indicatieproces-wijkverpleging/meedoen/">https://www.venvn.nl/thema-s/wijkverpleging/tool-box-indicatieproces-wijkverpleging/meedoen/</a>	
<b>9</b>	a. Wat is de belastbaarheid van het netwerk en welke ondersteuning kan dit bieden?	
	b. Is er wel een netwerk aanwezig is, maar kan dit geen ondersteuning bieden? Geef een toelichting wat hiervan de reden is.	


**4. VERPLEEGKUNDIGE DIAGNOSE OP BASIS VAN DE VRAAGVERHELDERING**
 ZIE ZORGPLAN

1	Beschrijf de geneeskundige noodzaak voor inzet wijkverpleging.	
2	Omschrijf wat de verzekerde zelf kan.	
3	Wat kan de verzekerde zelf leren? Eventueel met hulpmiddelen en/of woningaanpassingen.	
4	Biedt aanvullende inzet van hulpmiddelen/woningaanpassingen nog mogelijkheden voor de toekomst?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo nee, waarom niet?	
	b. Zo ja, welke en waarvoor?	
5	Indien er sprake is van psychische of cognitieve problematiek: wat wordt er ingezet op het verhelpen, verminderen of erger voorkomen hiervan?	
6	Is de zorgvraag en de in te zetten zorg besproken met de huisarts en/of andere medebehandelaars? (zoals fysiotherapeut, medisch specialist, etc.).	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee
	a. Zo ja, geef aan met welke medebehandelaar(s).	
	b. Zo nee, waarom niet?	

**5. DOELSTELLINGEN EN INTERVENTIES** ZIE ZORGPLAN

Vul in deze tabel, op basis van de bovenstaande inventarisatie, de noodzakelijke zorginzet vanuit de Zvw-aanspraak verpleging en verzorging <sup>2</sup> SMART <sup>3</sup> in.

Doelstelling	Interventies	PV of VP	Hoeveel tijd kost dit per interventie (uren/minuten)?	Hoe vaak moet deze handeling verricht worden per dag/week?	Bij welk resultaat is het doel bereikt?	Per welke datum is het doel bereikt?

**5A EVALUATIE**

VERPLICHT IN TE VULLEN

Op welk(e) moment(en) wordt geëvalueerd door een hbo-(kinder)verpleegkundige of de ingezette interventies bijdragen aan de gestelde doelstellingen?	
---	--

<sup>2</sup> In deze aanspraak zit NIET de inzet van het clientnetwerk. Immers er wordt geen Zvw-pgb verstrekt voor zorg die ingezet kan worden door het eigen clientnetwerk en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen.

<sup>3</sup> Specifiek, Meetbaar, Acceptabel, Realistisch, Tijdsgebonden



## 6. INDICATIESTELLING EN LOOPTIJD

VERPLICHT IN TE VULLEN

Wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging en/of verzorging per week voor het Zvw-pgb.		
	<i>Voorgaande indicatie (indien van toepassing)</i>	<i>Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten)</i>
Persoonlijke Verzorging  uren / minuten per week		
Verpleging  uren / minuten per week		
Indien van toepassing: wat is de gemiddelde zorgbehoefte aan verpleging, verzorging per week voor Zorg in Natura.		
	<i>Voorgaande indicatie (indien van toepassing)</i>	<i>Nieuwe indicatie (volledig uitschrijven en afronden op 5 minuten)</i>
Persoonlijke Verzorging  uren / minuten per week		
Verpleging  uren / minuten per week		
Toelichting op gewijzigde indicatie in geval van gewijzigde zorgbehoefte:		
Wat is de ingangsdatum van de indicatie en tot en met wanneer is deze geldig?		
	<i>Datum ingang indicatie</i>	<i>Datum einde indicatie (tot en met)</i>
Persoonlijke verzorging		
Verpleging		



**7. PALLIATIEF TERMINALE ZORG (PTZ)**

INDIEN VAN TOEPASSING, VERPLICHT INVULLEN

Welke arts heeft de terminaliteitsverklaring afgegeven?

Naam arts : \_\_\_\_\_

Specialisme : \_\_\_\_\_

Ziekenhuis : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Vergeet u niet deze verklaring van de arts mee te sturen.

**8. ZORG AAN KINDEREN TOT 18 JAAR**

INDIEN VAN TOEPASSING, VERPLICHT INVULLEN

Welke medisch specialist is bij de zorg betrokken?

Naam arts : \_\_\_\_\_

Specialisme : \_\_\_\_\_

Ziekenhuis : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_

Wanneer is het laatste contact geweest met de kinderarts : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Let op! De indicatie dient gesteld te zijn door een hbo-kinderverpleegkundige.

**9. CONTACTPERSONEN**

VERPLICHT INVULLEN

Met wie hebt u de zorgbehoefte besproken (meerdere antwoorden mogelijk)?

 Verzekerde zelf Huisarts Een (wettelijke) vertegenwoordiger van de verzekerde

Naam en relatie tot verzekerde : \_\_\_\_\_

 Erkende tolk. Naam : \_\_\_\_\_ Overig. Naam en relatie tot verzekerde : \_\_\_\_\_





## 10. ONDERTEKENING DOOR VERPLEEGKUNDIGE

Door ondertekening van dit formulier verklaar ik dat:

- de afgegeven indicatie en dossiervorming voldoet aan de eisen zoals gesteld in het normenkader Normen voor indiceren en organiseren van verpleging en verzorging in de eigen omgeving van de V&VN;
  - de afgegeven indicatie ook getoetst is aan de Wmo, Jeugdwet en de Wlz;
  - ik zelf geen belanghebbende ben in de uitvoering van de indicatie;
  - er geen zorg is meegenomen, die ingezet kan worden door het eigen (cliënt) netwerk (voorheen genoemd: gebruikelijke zorg) en wat de verzekerde en zijn naasten zelf kunnen doen;
  - er bij de indicatiestelling de Kwaliteitsnorm tolkgebruik voor anderstaligen in de zorg is gehanteerd bij het bepalen of er noodzaak is tot het gebruik van een tolk;
  - de zorgbehoefte in de eigen omgeving en in aanwezigheid van de zorgvrager (verzekerde, zowel onder als boven de 18 jaar) en de aanwezigheid van de (wettelijk) vertegenwoordiger (ouder(s), curator, bewindvoerder, mentor) is beoordeeld;
  - ik de medische diagnose gesteld door de huisarts/medisch specialist op papier heb gezien. Of dat ik deze zelf heb geverifieerd bij de huisarts/medisch specialist;
  - ik een medicijnlijst heb gezien (indien er sprake is van medicatie);
  - ik bereid ben om de zorgvraag desgevraagd nader toe te lichten aan de zorgverzekeraar.
- ik alle gegevens naar beste weten, juist en overeenkomstig de waarheid, heb ingevuld en dat ik geen bijzonderheden met betrekking tot deze aanvraag heb verzwegen;
- ik weet dat verzwijging van de voor DSW belangrijke feiten of onjuiste/onvolledige invulling van deze aanvraag ertoe kan leiden dat elk recht op vergoeding vervalt.

Let op: zowel de verpleegkundige als de verzekerde, of diens (wettelijke) vertegenwoordiger moeten het aanvraagformulier ondertekenen.

Datum : \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Naam verpleegkundige : \_\_\_\_\_

Handtekening verpleegkundige \_\_\_\_\_

Handtekening verzekerde \_\_\_\_\_  
(uw handtekening)

Als het aanvraagformulier Zvw-pgb niet volledig is ingevuld, geparafeerd en ondertekend en/of bijlagen ontbreken, nemen wij de aanvraag niet in behandeling. Dit kan gevolgen hebben voor de ingangsdatum van uw pgb.

