

Zorgbeschrijving bij zorgovereenkomst

Naam budgethouder:

Burgerservicenummer (BSN)
budgethouder:

Geboortedatum
budgethouder:

Telefoonnummer (mobiel)
budgethouder:

Bedrijfsnaam / Naam
zorgverlener:

BSN of KVK-nummer
zorgverlener:

DAG MAAND JAAR
____ - ____ - ____

Onderdeel 1

Wat komt de zorgverlener doen en hoe vaak?

Beschrijf alleen de zorgactiviteiten die u inkoop vanuit het PGB. Wat doet de zorgverlener en wanneer (kan per dag / week of incidenteel)

Stichting Dolfijn Vakanties neemt de begeleiding en lichte verzorging tijdens de vakantie op zich. De begeleiding is tijdens de vakantie 24 uur per dag beschikbaar en zorgt o.a. voor:

- > toezicht of ondersteuning bij lichamelijke verzorging
- > toezicht en/of beheer van geld en/of medicatie
- > stimuleren van de zelfredzaamheid/zelfstandigheid
- > contacten met anderen en thuissituatie
- > hulp bij voorkomende hulpvragen en noodsituaties
- > bescherming in onbekende situaties
- > organiseren van activiteiten, uitstapjes e.d.

Zorgbeschrijving bij zorgovereenkomst

Onderdeel 2

Waarom is deze zorg bij u nodig?

Beschrijf waarom u hulp nodig heeft. Beschrijf wat er gebeurt als u geen zorg krijgt

Bijgevoegde bijlage(n),
bijv. zorg- of begeleidingsplan:

Ondertekening

Wij verklaren dit formulier naar
waarheid te hebben ingevuld.

Datum: ^{DAG} () () - ^{MAAND} () () - ^{JAAR} () () () ()

Naam budgethouder of wettelijk
vertegenwoordiger (onderdeel 1 & 2)

Naam zorgverlener
(onderdeel 1)

Handtekening

Handtekening
