



## Pro-zorg, Advies en ZZP Diensten

Formulier Evaluatie zorg, ondersteuning en/of dienstverlening  
Cliëntdossier

pagina 1

Datum:

Pro-Zorg, Advies en ZZP Diensten Steunpunt:

Contactpersoon Steunpunt:

Functie:

Prestatie:  HH  PV  VP  BG  MSVT

Naam cliënt of diens vertegenwoordiger:

BSN:

### Betreft deze evaluatie

Evaluatie na Intake (vul deel A in)

Tussentijdse zorg-/ondersteuning en/of dienstverlening (vul deel B in)

Einde zorg-/ondersteuning en/of dienstverlening (vul deel B in)

## Deel A) Evaluatie na Intake

### 1. Hoe bent u met ons in contact gekomen?

ziekenhuis  (huis)arts  familie/kennis/vriend  anders, nl.:

### 2. De zorg-/ondersteuning en/of dienstverlening is gestart

binnen 5 dagen  na 5 dagen maar binnen 10 dagen  na 10 dagen

### 3. Bent u tijdens de Intake voldoende geïnformeerd over

4.

a) de mogelijkheden van de inzet van informele Zorg?

goed  voldoende  matig  onvoldoende

b) de mogelijkheden van de inzet van formele Zorg?

goed  voldoende  matig  onvoldoende

c) het klachtenreglement?

goed  voldoende  matig  onvoldoende

d) de cliëntenraad?

goed  voldoende  matig  onvoldoende

e) de Algemene Voorwaarden Zorg Zonder Verblijf?

goed  voldoende  matig  onvoldoende

f) De eigen bijdrage (=inkomensafhankelijk zie [www.hetcak.nl](http://www.hetcak.nl)) van de zorg-/ondersteuning en/of dienstverlening?

goed  voldoende  matig  onvoldoende



## Pro-zorg, Advies en ZPP Diensten

Formulier Evaluatie zorg, ondersteuning en/of dienstverlening  
Cliëntdossier

pagina 2

### 5. Heeft u vragen die nog niet (voldoende) zijn beantwoord?

Zo, ja welke?

Ja  
 Nee

### 6. Hebben de afgelopen periode zaken voorgedaan waar u niet tevreden over bent (geweest) en/of die onveilig voor u waren?

Zo, ja kunt u omschrijven wat er is gebeurd?

Ja  
 Nee

telefonisch

mondeling

akkoord cliënt: ja

akkoord cliënt: nee

## Deel B) Tussentijdse of einde zorg- / ondersteuning en/of dienstverlening

### 1. Heeft u contact gehad met het steunpunt van Pro-Zorg, Advies en ZPP Diensten

ja

nee

### 2. Zo, ja hoe heeft u de telefonische bereikbaarheid ervaren?

goed

voldoende

onvoldoende

n.v.t.

### 3. Heeft u voldoende antwoord op uw vraag/vragen gekregen?

goed

voldoende

onvoldoende

n.v.t.

### 4. Indien u rechtstreeks contact heeft gehad met ons Steunpunt, met welk rapportcijfer zou u ons waarderen?

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 5. Kwamen de zorgverleners op de afgesproken tijden?

ja

nee

niet altijd

### 6. Hielden de zorgverleners rekening met uw privacy?

ja

nee

niet altijd



## Pro-zorg, Advies en ZFP Diensten

Formulier Evaluatie zorg, ondersteuning en/of dienstverlening  
Cliëntdossier

pagina 3

7. Hebben de afgelopen periode zaken voorgedaan waar u niet tevreden over bent (geweest) en/of die onveilig voor u waren?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
-----------------------------	------------------------------

8. Als u de zorgverleners zou waarderen met een rapportcijfer, dan kiest u voor een:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Heeft u vragen die nog niet (voldoende) zijn beantwoord?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
-----------------------------	------------------------------

Zo ja, welke?

--

10. Als u weer zorg-/ondersteuning en/of dienstverlening nodig zou hebben, zou u dan weer voor Pro-Zorg, Advies en ZFP Diensten kiezen?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> niet altijd
-----------------------------	------------------------------	--------------------------------------

Toelichting:

--

<input type="checkbox"/> telefonisch	<input type="checkbox"/> mondeling	<input type="checkbox"/> akkoord cliënt: ja	<input type="checkbox"/> akkoord cliënt: nee
--------------------------------------	------------------------------------	---	--



**Formulier Evaluatie zorg, ondersteuning en/of dienstverlening**

Cliëntdossier

pagina 4

Datum:

Pro-Zorg, Advies en ZZP Diensten Steunpunt:

Contactpersoon Steunpunt:

Functie:

Prestatie:  HH  PV  VP  BG  MSVT

Naam cliënt of diens vertegenwoordiger:

BSN:

Vul bij de evaluatie samen met de cliënt/-vertegenwoordiger de **Zelfredzaamheid-Matrix, Verkorte Checklist Veilige Zorg** en de **Korte intake- en volgijs Eigen Beheer (Korte BEM)** in. Vergelijk de resultaten met het huidige zorg-/ondersteuningsplan. Doorloop vervolgens gezamenlijk met de cliënt/-vertegenwoordiger de onderstaande vragen.

**Welke resultaten of zorg-/ondersteuningsdoelen zijn behaald en kunnen worden afgesloten?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**Welke resultaten of zorg-/ondersteuningsdoelen moeten worden aangepast?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**Welke nieuwe resultaten of doelen worden geformuleerd?**

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

**Is er informele Zorg betrokken bij de zorg en/of ondersteuning?**

ja

nee

**Op welke wijze is er informele Zorg betrokken bij de zorg en/of ondersteuning?**



## Pro-zorg, Advies en ZZP Diensten

Formulier Evaluatie zorg, ondersteuning en/of dienstverlening

Cliëntdossier

pagina 5

**Zijn er n.a.v. deze evaluatie aanpassingen gewenst m.b.t. de inzet van de informele Zorg?**

ja

nee

**Zo ja, welke?**

**Hoeveel uren zorg per week levert de informele zorg vanaf nu bij de cliënt?\***

uur per week

**Is de huidige indicatie nog passend bij de cliëntsituatie?**

ja

nee

**Zo nee, welke aanpassing moet plaatsvinden?**

**Leidt de aanpassing tot bijstelling van de zorg-/ondersteuningsuren?**

ja

nee\*

**Zo ja, om welke zorg-/ondersteuningsuren gaat het?**

uur <input type="checkbox"/> vermindering	uur <input type="checkbox"/> HH uur <input type="checkbox"/> VP uur <input type="checkbox"/> MSVT	uur <input type="checkbox"/> PV uur <input type="checkbox"/> BG
uur <input type="checkbox"/> vermeerdering van	uur <input type="checkbox"/> HH uur <input type="checkbox"/> VP uur <input type="checkbox"/> MSVT	uur <input type="checkbox"/> PV uur <input type="checkbox"/> BG

NB: indien van toepassing, denk aan de aanpassingen van de activiteiten in OHAMA (bij wijkverpleging) of de activiteitenplanning (bij overige zorgvormen)

**Leiden de aanpassingen tot wijzigingen van de inzet van zorgverleners (juiste deskundigheid op de prestaties)?**

ja

nee

**Zijn er wijzigingen in de afspraken rondom de volgende onderwerpen? Zo ja, welke?**

Gesloten deur bij geplande zorg:	
Wens m.b.t. wel/niet reanimeren:	

\*Denk aan het doorgeven van wijzigingen aan AZR door middel van het formulier mutatie zorg cliënt wijkverpleging