Zorgbeschrijving bij zorgovereenkomst

Naam budgethouder:	
Burgerservicenummer (BSN) budgethouder:	
Geboortedatum budgethouder:	DAG MAAND JAAR
Telefoonnummer (mobiel) budgethouder:	
Bedrijfsnaam / Naam zorgverlener:	
BSN of KVK-nummer zorgverlener:	

Onderdeel 1

Wat komt de zorgverlener doen en hoe vaak?

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

Tijdens de vakantie periodes neemt Reisbureau A tot Z reizen
op wisselende momenten en naar behoefte, de begeleiding en zorg op zich.

Door de aanwezigheid van de begeleiding wordt de client (indien nodig)
* begeleid op het gebied van persoonlijke verzorging.
* begeleid op het gebied van medische zorg
* begeleid op het gebied van medicijnbeheer.
* gestimuleerd in haar/zijn zelfredzaamheid
* Is het voor de cliënten mogelijk nieuwe ervaringen en contacten op te doen in een veilige omgeving zonder over zijn/haar grenzen heen te gaan.

De begeleiding houdt o.a. in:
* Toezicht en eventuele ondersteuning bij algemene dagelijkse levensverrichting en persoonlijke verzorging.
* Bieden van dagbesteding en structuur in de dagindeling.
* Ontlasting overige gezinsleden.

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 DAG - MAAND MAAND - JAAR JAAR JAAR JAAR

Naam budgethouder of wettelijk vertegenwoordiger (onderdeel 1 & 2)

Handtekening

Naam zorgverlener (onderdeel 1)

Handtekening