

Zorgleefplan

BIJLAGE A

ZORGLEEFPLAN INDIVIDUEEL BEGELEIDINGSPLAN

Naam
cliënt: _____

Indicatie
AWBZ: _____

Zorgcoördinator
kantoor: _____

Het individueel begeleidingsplan wordt opgesteld indien de zorg intensieve begeleiding betreft in de thuissituatie waar een somatische-, psycho-geriatrische-of psychiatrische aandoening of beperking aan ten grondslag ligt, of een verstandelijke, lichamelijke, zintuigelijke handicap aanwezig is die matige of zware beperkingen heeft op het terrein van:

Begeleidingsplan nr:	Cliëntgegevens: matige/ ernstige beperkingen	Doelen	Acties	Evaluatie datum
Sociale redzaamheid				
Bewegen en verplaatsen				

Probleemgedrag				
Psychisch functioneren				
Geheugen en oriëntatie stoornissen				

Datum:

Handtekening cliënt of
wettelijk vertegenwoordiger

Handtekening Zorgcoördinator/
zorgverlener
