

Bijlage 5b Formulier toestemming beëindiging ondersteuning

Alleen te gebruiken voor het verzoek om de ondersteuning daadwerkelijk te beëindigen. Deze melding wordt geregistreerd binnen de gemeente.

Algemene gegevens	
Naam cliënt	
BSN	
Adres	
Telefoonnummer	
Aanbieder	
Contactpersoon aanbieder (tel/e-mail)	
Datum en reden van zorgbeëindiging <i>Toelichting: Noem 1 of meerdere zwaarwegende redenen. Beschrijf concreet de feitelijke gebeurtenissen, maak gebruik van letterlijke citaten van de cliënt als er sprake is van verbale dreiging etc., benoem ernst en frequentie van de gebeurtenissen</i>	
Acties aanbieder	
<i>In te vullen door de aanbieder</i>	
Welke acties <i>Toelichting: Benoem de acties die ondernomen zijn om de situatie te normaliseren. Te denken valt aan een huisbezoek, telefoongesprek, bemiddeling etc.</i>	
Hoe (mondeling/ schriftelijk/ e-mail)	
Wanneer (datum)	
Door wie (functionaris)	
Resultaat	

<i>Toelichting: Benoem de resultaten van de acties en de reactie van de cliënt. Welke afspraken zijn er gemaakt?</i>	
Risico's voor zorgverlener <i>Toelichting: Benoem en onderbouw of de huidige situatie te risicovol is om de zorg gedurende het onderzoek te continueren.</i>	Nee, zorg wordt gedurende het zorgbeëindigingsonderzoek gecontinueerd. Ja, zorg wordt gedurende het onderzoek (tijdelijk) gestopt, laatste datum waarop zorg is geleverd is <datum>. De risico's zijn:....
Risico's voor de cliënt en/of diens omgeving. <i>Toelichting: benoem eventuele risico's voor de cliënt en/of diens omgeving op het moment dat de ondersteuning beëindigd wordt.</i>	
Brief start zorgbeëindigingsprocedure <i>Aanbieder dient cliënt schriftelijk in te lichten dat de procedure opgestart wordt</i>	Datum:

De volgende bijlages dienen bij het formulier worden meegestuurd:

- gespreksverslagen
- een overzicht van de gemaakte afspraken
- kopie van de 1e en 2e waarschuwing aan de cliënt
- brief start zorgbeëindigingsprocedure

Ondertekening verantwoordelijk leidinggevende

naam:

datum:

handtekening: