

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

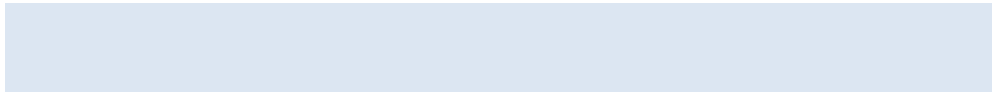
Als u meer wilt opschrijven, gaat u dan verder op pagina 2

Onderdeel 2: Waarom is deze zorg bij u nodig?

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

Als u meer wilt opschrijven, gaat u dan verder op pagina 2

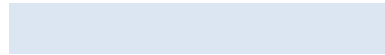
Bijgevoegde bijlage(n), bijv. zorg- of begeleidingsplan:



Ondertekening

Wij verklaren dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld

Datum:



dag-maand-jaar

Naam en handtekening
budgethouder of wettelijk
vertegenwoordiger
(onderdeel 1 & 2):

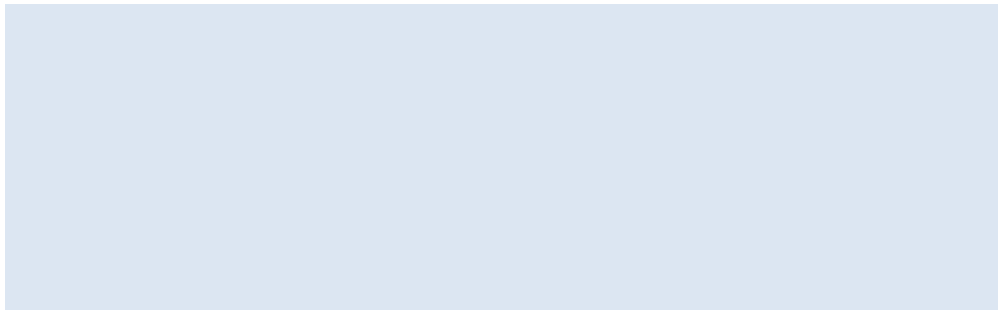


Naam en handtekening
zorgverlener (onderdeel 1):



Vervolg onderdeel 1

Let op: de zorgbeschrijving mag alleen worden ondertekend door de budgethouder, de curator, de mentor of, bij minderjarige kinderen, de ouders of voogd.



Vervolg onderdeel 2

