# 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)

# 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 - MAAND - JAAR

Naam budgethouder of wettelijk vertegenwoordiger (onderdeel 1 & 2)

Handtekening

Naam zorgverlener (onderdeel 1)

Handtekening