

Zorg- en dienstverleningsovereenkomst

Contractpartijen

Naam zorgaanbieder: Zorggroep Oude en Nieuwe Land
Adres: Mr. Zigher ter Steghestraat 9
Postcode/plaats: 8331 KG Steenwijk
Gevestigd te: Steenwijk
KvK-nummer: 3908489
Telefoonnummer: 0521- 53 99 99
E-mail: info@zorggroep-onl.nl

bij het aangaan van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst rechtsgeldig vertegenwoordigd door:

hierna aangeduid als "**wij**" of "**ons**"

en

Uw naam, mevrouw/de heer:

Adres:

Postcode/plaats:

Telefoonnummer

Geboortedatum:

Emailadres:

BSN nummer:

Identiteitsdocument *Paspoort* *Rijbewijs* *ID-kaart*

(incl documentnummer en geldigheidsdatum)

0 U wordt bij het sluiten van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst vertegenwoordigd door:

de heer/mevrouw:

adres:

postcode/woonplaats:

telefoonnummer:

emailadres:

Zorgarrangement

Het zorgarrangement dat wij u, op basis van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst, zullen bieden bestaat uit de zorg die de specialist ouderengeneeskunde (SOG) met u bespreekt inclusief de te behalen revalidatiedoelen. Aan de hand hiervan wordt een revalidatie behandelplan opgesteld. De afspraken die wij met u hebben gemaakt over de door ons te verlenen zorg liggen vast in deze zorgovereenkomst en de Algemene Voorwaarden.

Bij het sluiten van deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst stellen wij op verzoek de hierboven genoemde Algemene Voorwaarden beschikbaar. Alle Voorwaarden zijn via www.zorggroep-onl.nl opvraagbaar. (www.zorggroep-onl.nl/over-ons/leveringsvoorwaarden-en-tarieven)

Kamer

Zorg- en dienstverleningsovereenkomst Geriatrische Revalidatie Zorg (GRZ)



De ter beschikking gestelde kamer en de daarin aanwezige inventaris dient in goede staat achtergelaten te worden op de dag van beëindiging van het verblijf op de geriatrische revalidatie zorg afdeling.

Toestemming tot informatie uitwisseling

Met het tekenen van deze overeenkomst geeft u de volgende toestemming:

- Vanuit professionele verantwoordelijkheid kan het nodig zijn dat uw zorgverlener contact opneemt met de apotheek en/of behandelend arts en/of andere zorgverleners om overleg te plegen en/of informatie uit te wisselen. Wij doen dit in samenspraak met u;
- Als u het medicatiebeheer (deels of geheel) heeft overgedragen aan ons treden wij als het ware in uw plaats. Hiervoor kan overleg nodig zijn met de apotheker. Dit zullen wij in overleg met u doen. Specifieke afspraken omtrent medicatiebeheer worden vastgelegd in het zorgdossier.

Deze zorg- en dienstverleningsovereenkomst gaat in op [invullen datum].....

Uw handtekening

.....

Handtekening namens

[invullen zorgaanbieder]

.....

Handtekening curator/mentor/ gemachtigde

.....

Datum:

Datum: