

Naam cliënt

Cliëntnummer

Datum **1° indicatie intake** **herindicatie na de bevalling** **herindicatie tijdens kraambed** **Laatste indicatie dag 9/10**

Uitgangspunt

49 uur

Omgevingsfactoren

Max. erbij/eraf

Niet zelfstandig voeren van een huishouden	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>
Instabiele gezinssituatie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Communicatiebarrière	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>
Aantal kinderen: 2 kinderen < 4 jaar of 3 kinderen < 6 jaar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>

Mantelzorg onvoorzien niet aanwezig

Eerste kind	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Aantal kinderen aanwezig < 4 jaar	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Gezinslid met relevante handicap of ziekte	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Moederfactoren

Kunstvoeding geven	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
Niet fysiek zelfredzaam	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geestelijk onwelbevinden:					
Meer dan gewone onzekerheid/ onevenwichtigheid	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Postnatale depressie na (eerdere) zwangerschap	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Psychiatrische aandoening	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Dreigende infectie	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ziekenhuisopname moeder	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Kindfactoren

Meerling	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>
Aangeboren afwijking	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Verminderde conditie van de baby	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Levenloos geboren of overleden baby	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ziekenhuisopname baby	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Moeder- of Kindfactor

Problemen met voeden bij moeder of kind	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ZH dagen	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input type="text"/>	<input checked="" type="text"/>	<input checked="" type="text"/>
Protocol voorziet niet	<input type="text" value="door de verloskundige"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Preventie & vroegsignalering instabiel & zorgelijk	<input type="text" value="door de verloskundige"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Totaal aantal geïndiceerde uren

Keuze cliënt meer of minder zorg

Naam conZulent

Naam kraamverzorgende

Handtekening verloskundige / huisarts
De verloskundige / huisarts tekent na de laatste herindicatie

Tweede handtekening laatste indicatie

Naam praktijk / AGB code

Handtekening cliënt voor akkoord

Aanvullende toelichting & opmerkingen op meer of minder uren