|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |  |  |
| Bijlage(n) | 0 | Ons kenmerk | |  | Datum | 26 januari 2023 |
| Onderwerp | Meldingsformulier calamiteit WMO | Uw kenmerk | |  | Doorkiesnr. | 088 - 880 5070 |

Geachte,

Met dit formulier kunt u stap voor stap een calamiteit melden. Het formulier bestaat uit een aantal pagina's. Verplichte velden zijn aangegeven met een \*.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Calamiteit** | | |
| Soort calamiteit die u wilt melden:**\*** | Ernstig schadelijk gevolg voor de cliënt  Overlijden van een cliënt  Nog onbekend | |
| Datum:**\*** |  | |
| **Gegevens melder** | | |
| Naam:\* |  | |
| Telefoonnummer:\* |  | |
| E-mailadres waarop u de ontvangstbevestiging van deze melding ontvangt:**\*** |  | |
| Soort instantie: |  | |
| Wat is de relatie tussen de calamiteit en de meldende instantie? |  | |
| **Gegevens meldende instantie** | | |
| Naam organisatie:**\*** |  | |
| Straatnaam:**\*** |  | |
| Huisnummer:**\*** |  | |
| Postcode:**\*** |  | |
| Plaats:**\*** |  | |
| Telefoonnummer:**\*** |  | |
| E-mailadres:**\*** |  | |
| Soort instantie:**\*** |  | |
| Hoofd- of onderaannemer:**\*** | Hoofdaannemer  Onderaannemer | |
| Naam hoofdaannemer: |  | |
| Bij welke voorziening van de organisatie heeft de calamiteit plaatsgevonden?\* |  | |
| In welke gemeente ligt deze voorziening?**\*** |  | |
| **Gegevens van de cliënt** | | |
| Naam:**\*** |  | |
| Geboortedatum:**\*** |  | |
| Woonplaats:**\*** |  | |
| Burgerservicenummer (BSN):**\*** |  | |
| Geslacht:**\*** | Man  Vrouw | |
| Juridische status:\* | Curatorschap  Mentorschap  Bewindvoering  Wet BOPZ, artikel 60  Anders | |
| Indicatie:**\*** |  | |
| Krijgt tevens zorg via WLZ of ZVW:**\*** | Ja  Nee | |
| Gemeld bij andere inspecties:**\*** | Nee  Ja, bij IGJ  Anders | |
| Andere betrokken cliënten: |  | |
| **Betrokkenen**  *Vul in welke zorgverleners bij het incident zijn betrokken en wat de functies van alle betrokkenen zijn.*  *Indien de meldende instantie niet de hoofdbehandelaar is, graag de hoofdbehandelaar apart vermelden.* | | |
| Namen en functies betrokken zorgverleners: |  | |
| Behandelaar vanuit WLZ of ZVW: |  | |
| *Wie waren er nog betrokkenen bij het incident, anders dan de zorgverleners? Geef a.u.b. de naam en de relatie tot de gebeurtenis of de cliënt aan.* | | |
| Andere betrokkenen bij het incident en relatie tot gebeurtenis/cliënt: |  | |
| **Gebeurtenis**  *Geef een beknopte, feitelijke beschrijving van de situatie waar de melding betrekking op heeft.* | | |
| Wat is er gebeurd?**\*** | |  |
| Wat betekent dit voor de cliënt?**\*** | |  |
| Wat was de aanleiding voor of de aanloop tot het incident? | |  |
| Andere belangrijke feiten: | |  |
| Wat wilt u verder nog kwijt over deze melding? | |  |

Het ingevulde formulier kan via mail aangeleverd worden op het volgende e-mailadres: [thz@ggdzl.nl](mailto:thz@ggdzl.nl).

Heeft u nog vragen? Neem dan contact op met het secretariaat van de unit Hygiëne & Inspectie.

Met vriendelijke groet,

Wmo toezichthouder