|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| 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.

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

Met vriendelijke groet,

Wmo toezichthouder