

Beste meneer / mevrouw,

Wij willen u graag in ons gegevensbestand registreren als mantelzorger. Om dit bestand zo goed en compleet mogelijk te krijgen, hebben we uw medewerking nodig. Vandaar dat wij u vragen het onderstaande formulier in te vullen en vervolgens aan ons te retourneren. U ontvangt gratis onze nieuwsbrief.

### 1. Persoonsgegevens mantelzorger

Naam en voorletters:.....Geslacht: M / V \*

Adres: .....

Postcode:.....Woonplaats:.....

Telefoonnummer:.....GSM:.....

E-Mail:.....

Geboortedatum:.....

Nationaliteit: .....Burgerlijke staat:.....

Werkzaam: ja / nee \*

Ik zorg voor mijn:

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> partner,          | <input type="checkbox"/> broer/zus,    | <input type="checkbox"/> buurvrouw/ man * |
| <input type="checkbox"/> moeder/vader,     | <input type="checkbox"/> zoon/dochter, |   |
| <input type="checkbox"/> Anders nl.: ..... |  |   |

### 2. Persoonsgegevens verzorgde

Naam en voorletters.....Geslacht: M / V \*

Straat en huisnummer .....

Postcode:.....Woonplaats.....geb.datum.....

### 3. Verdere gegevens

Ziektebeeld van de verzorgde /hulpvrager: \*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Psychische beperking     | <input type="checkbox"/> Levensbedreigende ziekte |
| <input type="checkbox"/> Verstandelijke beperking | <input type="checkbox"/> Hersenletsel             |
| <input type="checkbox"/> Lichamelijke beperking   | <input type="checkbox"/> Dementie                 |
| <input type="checkbox"/> Chronische ziekte        | <input type="checkbox"/> Hart en vaatziekten      |
| <input type="checkbox"/> Anders.....              |   |

.....

**De vragen gaan verder op de achterkant →→→→**

Inhoud van zorgtaken:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Begeleiden naar ziekenhuis/arts | <input type="checkbox"/> gezelschap houden       |
| <input type="checkbox"/> administratie                   | <input type="checkbox"/> bezoeken in kliniek     |
| <input type="checkbox"/> huishoudelijke hulp             | <input type="checkbox"/> lichamelijke verzorging |

Anders: .....

Kunt u inschatten hoeveel uren **per week** u besteedt aan de zorgtaken?

.....

Sinds wanneer zorgt u voor de ander?

.....

Voelt u zich (over) belast door de zorg die u verleent? \*

- |                                |                                     |
|--------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nooit | <input type="checkbox"/> Regelmatig |
| <input type="checkbox"/> Soms  | <input type="checkbox"/> Vaak       |

**Weet u welke ondersteuning wij u kunnen bieden?**

.....

.....

**Wanneer u meer informatie wenst, kunt u telefonisch contact opnemen met een  
consulent van het Steunpunt voor Mantelzorgers Parkstad.  
Telefoonnummer 045-2114000.**

Opmerkingen

.....

.....

#### **4. Overig**

**N.B. Uw gegevens worden zorgvuldig behandeld en opgeslagen in ons  
registratiesysteem. Omdat wij belang hechten aan goede afstemming met de  
professionele hulpverlening kan het voorkomen dat we, in overleg met u, relevante  
gegevens van u uitwisselen. Daarnaast vragen sommige gemeenten registratie bij het  
Steunpunt voor Mantelzorgers bij aanvraag van het mantelzorgcompliment. Aan deze  
gemeenten zullen wij alleen uw NAW gegevens verstrekken.**

Ik geef hierbij toestemming om mijn NAW gegevens door te geven aan mijn gemeente:

Naam: .....

Datum: .....

Handtekening: .....

**Hartelijk dank voor uw medewerking  
S.v.p. in een gesloten envelop zonder postzegel, sturen naar:**

**Steunpunt voor Mantelzorgers  
Antwoordnummer 4034  
6400 VC Heerlen  
Of mail naar: [info@mantelzorgparkstad.nl](mailto:info@mantelzorgparkstad.nl)**