Wij verzoeken u deze vragenlijst volledig in te vullen. Graag aankruisen wat van toepassing is.

*Voor meer informatie over de toetsingscriteria behorende bij de ureninzet per normpraktijk, zie ‘Toetsingscriteria POH GGZ 2022’.*

*Weet u niet welk aanvraagformulier voor u van toepassing is, neem dan contact op met* [*contractering.huisartsenzorg@dsw.nl*](mailto:contractering.huisartsenzorg@dsw.nl)*.*

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens Huisarts(en)** | |
| Naam huisartsenpraktijk |  |
| AGB code praktijk |  |
| Totaal ingeschreven aantal patiënten (praktijk- OF samenwerkingsverband niveau) per laatste peildatum | ………………………………………… patiënten per:………………………………………… (peildatum) |
| Gewenste ingangsdatum uitbreiding inzet POH GGZ?  (ingang alleen per kwartaal mogelijk, aanvraag dient voor de eerste van het kwartaal ontvangen te zijn) | Kwartaal: …………………………… Jaar: …………………… |
| Gewenste aantal uren personele inzet POH GGZ | ……………………………………………… uur per week |
| Zet u e-health in als onderdeel van de functionele invulling POH GGZ? | 0 Nee 0 Ja, maar uitsluitend d.m.v. verwijzing naar zelfhulpprogramma’s 0 Ja, m.b.v. een e-health applicatie in de huisartsenpraktijk (*graag een kopie meesturen van de overeenkomst met de betreffende e-health aanbieder waaruit de daadwerkelijke kosten van het gekozen e-health pakket blijkt)* |
| Voor welke doelgroep(en) zet u POH GGZ in? | O Ouderen O Levensfaseproblematiek  O Migranten O Multiproblematiek  O Jeugd O Vrouwen in de overgang  O Studenten O Rouw  O Overig;…………………………………………………………………………………………………………………. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens POH GGZ** | |
| Naam POH GGZ |  |
| Opleiding POH-GGZ afgerond? | 0 Ja, per datum: 0 Nee, verwachte datum afronding opleiding:  0 Nee, startdatum opleiding: |
| Indien opleiding (nog) niet afgerond:   * Vooropleiding * Aantal jaren werkervaring |  |
| Waar is de werkervaring opgedaan: |  |
| Opgenomen in het Register POH-GGZ? | O Ja, registratiedatum:  O Nee |
| BIG registratienummer (*indien van toepassing*): |  |