|  |  |
| --- | --- |
|  | Persoonsgerichte primaire zorgmaatregel  Advies voor uitvoering en rapportage v 2.1-DAN |

Denk er aan om een kleine reeks algemene gegevens te rapporteren die zullen zorgen voor verdere verfijning van de PCPCM. Het onderstaande formulier is een suggestie, maar geen vereiste. Het delen van informatie is vrijwillig. De PCPCM kan door patiënten van alle leeftijden en bij alle typen bezoek, online of bij het zorgpunt worden gebruikt. De uitvoering van de PCPCM kan waar nodig worden aangepast volgens de workflow.

**Informatie over u en uw project**

**Vertel meer over uzelf.** (Contactgegevens zullen niet openbaar worden gemaakt.)

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | Functie/rol en werkgever: |
| Telefoon: | Adres: |
| E-mail: |

**Controleer alles wat van toepassing is, of vul in zoals gevraagd.**

|  |  |
| --- | --- |
| Welk project is dit? | \_\_\_ 1 Kwaliteitsbeoordeling \_\_\_ 2 Kwaliteitsverbetering  \_\_\_ 3 Patiëntbetrekking \_\_\_ 4 Andere\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Hoe gaat u de PCPCM uitvoeren? | \_\_\_ 1Online \_\_\_ 2 Bij het zorgpunt |
| Hoe worden gegevens verzameld? | \_\_\_ 1 Papier \_\_\_ 2 Patiëntenportaal \_\_\_ 3 Elektronisch \_\_\_ 4 Andere |
| Worden de resultaten gedeeld met clinici? | \_\_\_ 1 Ja \_\_\_ 0 Neen |

**PCPCM formulier voor rapportage**

**Samenvatting antwoorden van patiënten die de PCPCM hebben ingevuld**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Persoonsgerichte primaire zorgmaatregel (PCPCM)** | **Selectie** (N = \_\_\_\_\_\_ ) | | |
|  | **Gemiddelde** | **SD** | **Bereik** |
| Mijn praktijk maakt het me gemakkelijk om zorg te krijgen. |  |  |  |
| Mijn praktijk kan mij de meeste zorg zelf aanbieden. |  |  |  |
| Mijn arts houdt bij mijn behandeling rekening met alle factoren die mijn gezondheid beïnvloeden. |  |  |  |
| Mijn praktijk coördineert de zorg die ik ontvang van verschillende plaatsen. |  |  |  |
| Mijn arts of praktijk kent mij persoonlijk. |  |  |  |
| Mijn arts en ik hebben samen al heel wat meegemaakt. |  |  |  |
| Mijn arts of praktijk neemt het voor me op. |  |  |  |
| De zorg die ik krijg houdt rekening met mijn gezinssituatie. |  |  |  |
| De zorg die ik krijg in deze praktijk houdt rekening met mijn omgeving. |  |  |  |
| Deze praktijk helpt me om mijn doelen te bereiken op de lange termijn. |  |  |  |
| Mijn praktijk helpt me om gezond te blijven op de lange termijn. |  |  |  |

**Algemene gegevens**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | Selectie (N = \_\_\_\_\_\_ ) | | | |
|  | | **N** | **Gemiddelde of%** | | **SD** |
| Leeftijd | Jaar |  |  |  | |
| Geslacht | Vrouw |  |  |  | |
|  | Man |  |  |  | |
|  | Non-binair |  |  |  | |
| Beschouwt u zichzelf als een lid van een minderheidsgroep? | Ja |  |  |  | |
| Hoe is uw gezondheid in vergelijking met mensen van uw leeftijd? | Uitstekend |  |  |  | |
|  | Zeer goed |  |  |  | |
|  | Goed |  |  |  | |
|  | Tamelijk goed |  |  |  | |
|  | Slecht |  |  |  | |
| Hoeveel jaar kent u deze arts? | Jaar |  |  |  | |
| Hoeveel jaar kent u deze praktijk? | Jaar |  |  |  | |
| Vond u het moeilijk om dit formulier in te vullen? | Ja |  |  |  | |
| Als uw arts of praktijk de antwoorden op deze vragen ontvangt, zou het hen helpen bij het begrijpen hoe u zich voelt over uw behandeling? | Ja |  |  |  | |
| Werkt een enkele arts of praktijk die het grootste deel van uw zorg behandelt? | Ja |  |  |  | |