

Intakeformulier digitale zorg



Datum:

Naam applicatie/toepassing:

Naam leverancier/ontwikkelaar:

Naam contactpersoon:

E-mailadres:

Telefoonnummer:

Indien van toepassing;

Formulier ingevuld op verzoek van:

Korte beschrijving van de applicatie

1. Geef in een paar zinnen een korte beschrijving van de applicatie/toepassing, denk hierbij aan:

- Aan welk vraagstuk in de zorg draagt de applicatie/toepassing bij?
- Hoe werkt de applicatie/toepassing?
- Wat is de doelgroep?

2. Hoe draagt de applicatie/toepassing bij aan ...

... de kwaliteit van de zorg?

... de toegankelijkheid van de zorg?

... de betaalbaarheid van de zorg?

... de duurzaamheid van de zorg?

3. Bij welk speerpunt sluit de applicatie/toepassing aan?

Hybride huisartsenpraktijken inclusief het voorkomen en verbeteren van de verwijzing naar de 2^e lijn

Patiëntgerichte chronische zorg door inzet van telemonitoring

Ouderen in staat stellen langer zelfstandig thuis te wonen m.b.v. digitale oplossingen

Verminderen wachtlijsten in 1^e lijn, GGZ, wijkverpleging en Wlz door inzet van digitale oplossingen

Digitale ondersteuning van integrale zorg vanuit 2^e lijn, huisartsenzorg, wijkverpleging en Wlz

Technologie die zorg voorkomt - de geïndiceerde preventie¹

De applicatie richt zich op iets anders, namelijk

1. Soorten preventie NZa



4. Bij welke zorgsoort wordt de applicatie/toepassing ingezet?

- | | |
|-----------------|------------------|
| GGZ | Ziekenhuiszorg |
| Huisartsenzorg | Paramedie |
| Geboortezorg | Wijkverpleging |
| Langdurige zorg | Anders, namelijk |

5. Op welke manier draagt de applicatie/toepassing bij aan 'juiste zorg op de juiste plek'?

- | | |
|----------------------|--------------------|
| Verplaatsen van zorg | Vervangen van zorg |
| Voorkomen van zorg | Anders, namelijk |

6. Zijn er al resultaten beschikbaar van uitgevoerde pilots?

- | | |
|----|-----|
| Ja | Nee |
|----|-----|

7. Bij hoeveel zorgaanbieders is de applicatie/toepassing geïmplementeerd?

- | | |
|-------------------------|----------------------|
| Nog geen zorgaanbieders | ≥ 10 zorgaanbieders |
| 1 zorgaanbieder | ≥ 100 zorgaanbieders |
| ≥ 2 zorgaanbieders | Anders, namelijk |

8. In welk(e) hybride of digitale zorgpad(en) wordt de applicatie/toepassing ingezet?

9. Wat is het huidige aantal actieve gebruikers (patiënten en/of zorgpersoneel) van de applicatie/toepassing?

- | | |
|-----------------|------------------|
| 0 gebruikers | ≥ 50 gebruikers |
| ≥ 1 gebruikers | ≥ 500 gebruikers |
| ≥ 10 gebruikers | |

10. Is er een samenwerking of zijn daarover afspraken gemaakt met één of meerdere zorgverzekeraars?

Ja, namelijk

Indien ja, wie is de contactpersoon bij de zorgverzekeraar?

Nee

11. Welke vorm van vergoeding voorziet u?



12. Beschikt de applicatie/toepassing over een CE-markering, zo ja welke klasse?

Ja, klasse I

Ja, klasse IIa

Ja, klasse IIb

Ja, klasse III

Nee

13. Beschikt uw organisatie en mogelijk betrokken organisaties over één of meerdere ISO-certificeringen?

Ja, namelijk

Nee

Dit formulier kunt u mailen naar : kcdigitalezorg@zn.nl