|  |
| --- |
| 1. Naam LZV*Type hier je antwoord*  |
| 2. Contactgegevens van LZV begeleider of contactpersoon kernteam in de wijk*Type hier je antwoord*  |
| 3. Deelnemende huisartspraktijken |
| 4. Aantal patiënten en korte omschrijving van het verzorgingsgebied |
| 5. Beoogde samenwerkingspartners (minimaal 2 andere zorgdisciplines: wijkverpleegkundige, sociaal wijkteam, fysiotherapeut of apotheek)*Type hier je antwoord*  |
| 6. Welke knelpunten wil het LZV aanpakken?*Type hier je antwoord*  |
| 7. Wat gaat het LZV doen aan activiteiten (zorgprogramma’s) en met welk beoogd resultaat (SMART)?*Type hier je antwoord*  |