|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aanmeldformulier** | Code | S150153 |
| Versie | 2 |
| Datum | 12-3-2020 |
| Eigenaar | MZB |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Persoonsgegevens jeugdige** | | |
| Achternaam | …………………………………………………………… | Voorletters……… |
| Voornamen (voluit) | ……………………………………………………………… | Geslacht: M / V |
|  | ……………………………………………………………………………… | |
| BSN | ……………………………………………………………………………… | |
| Geboortedatum | ……………………………………………………………………………… | |
| Straat | ……………………………………………………………………………… | |
| Postcode, Woonplaats | ……………………………………………………………………………… | |
| Telefoonnummer / mobiel | ………………………………………………… |  |
| Emailadres | ……………………………………………………………………………… | |
| woonachtig op bovenstaand adres | Ja  Zo niet woonadres toevoegen:……………………………………… | |
|  |  | |
| Woonsituatie/gezinssituatie:  Volledig gezin  Een oudergezin  Ouder met partner  Pleeggezin  Co-ouderschap  Samengesteld gezin  OTS of voogdij  Anders nl …………. | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Contactgegevens ouder(s) / verzorger(s):  Naam eerste ouder/verzorger …………………..……………………………………………………….  Relatie tot jeugdige …………………………………………………………………………… | | |
| Geboortedatum | ……………………………………………………………… |  |
| Telefoonnummer/ mobiel | ……………………………………………………………… |  |
| emailadres | …………………………………………………………………………… | |
|  | | |
| Naam tweede ouder/verzorger …………………..………………………………………………………  Relatie tot jeugdige ………………………………………………………………………… | | |
| Geboortedatum | ……………………………………………………………… |  |
| Telefoonnummer/ mobiel | ……………………………………………………………… |  |
| Emailadres | …………………………………………………………………………… | |
| Overige gezinsleden | …………………………………………………………………………… | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Beschikking**   2a. Is er een beschikking:  Ja (indien ja, 2b invullen)  Nee*( Het formulier mag verder ingevuld worden, neem eerst contact op met de gemeenten of met ons voor vragen hierover. )*  2b. Wij hebben een beschikking voor:  ZIN  PGB  Startdatum beschikking:……………………………………  Einddatum beschikking: …………………………………...  Deze is afgegeven door: ( naam en functie) …………………………………..Gemeente: ………………………………..  2c: Vanuit de beschikking hebben wij behoefte aan de volgende zorg:   |  |  | | --- | --- | | **Zorg** |  | | Begeleiding (individuele begeleiding, begeleiding in het gezin, op locatie) | ja  nee | | Begeleiding/behandeling in de groep (cursus, workshop, groep)  **Vul dan ook bijlage 1 in** | ja  nee | | Diagnostiek | ja  nee | | Individuele behandeling | ja  nee | | Kortdurend verblijf (logeerweekend)**(vul ook bijlage 1 in)** | ja  nee | | Vervoer | ja  nee |  1. **Beschikbaarheid voor inzet zorg**   *Wij streven ernaar om rekening te houden met de door u doorgegeven voorkeuren. Mocht dit niet mogelijk zijn, nemen wij hierover contact op met u.*  X = beschikbaar en deze graag aanvullen met het tijdstip vanaf wanneer de zorg kan starten.   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  | ma | di | Wo | do | vr | za | | Ochtend |  |  |  |  |  |  | | Middag |  |  |  |  |  |  | | avond |  |  |  |  |  |  |  1. **Hulpvragen.**  |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Begeleiding gezin** | **Begeleiding in groepen** | **Behandeling/diagnostiek** | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Diagnose**   *( verplicht in te vullen )* | |
| **Is er sprake van:** | |
| Autisme spectrum stoornis (ASS) | (Ernstige) ontwikkelingsproblematiek |
| Gedragsproblematiek | ADHD |
| Emotionele problemen | (Lichte) verstandelijke beperking |
| Lichamelijke handicap of beperking, namelijk: | Hoogbegaafdheid |
| Anders, namelijk……………………………….. |  |
| **Indien er een diagnose is, door wie is deze diagnose gesteld?**  ……………………………………………………………………………………………………………………………………………. | |

1. **Ontwikkelingsverloop**

|  |
| --- |
| *Kunt u in het kort het verloop van de ontwikkeling van uw kind beschrijven.* |

1. **Hulpverleningsverleden**

|  |
| --- |
| *Welke hulp heeft jullie gezin in het verleden al gehad? Denk hierbij aan zorg van andere zorgaanbieders zoals trainingen, cursussen, behandelingen etc.* |

1. **Overige / bijzonderheden**

**Waarschuwen in geval van nood:**

Contactpersoon 1:………………………………………………… Tel:............................

Contactpersoon 2:………………………………………………… Tel:............................

Contactpersoon 3:………………………………………………… Tel:............................

Naam huisarts:………………………………………………………

Telefoonnummer huisarts:…………………………………………

Maatschappij ziektekostenverzekering:………………………….

Polisnummer:……………………………………………………….

**Medische informatie:**

Gebruikt de cliënt medicijnen?

Nee

Ja, namelijk:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Medicatie** | **Dosering** | **Tijdstip toedienen** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Zijn er verdere medische gegevens waar we rekening mee moeten houden (bijv. epilepsie)?

Nee

Ja, namelijk ……………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………

**Voorlopige risico inventarisatie:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Is er sprake van het volgende** | **Toelichting**  **(Verplicht!)** | **Hoe gaat u hiermee om?** | **Hoe kunnen wij hier het beste mee omgaan?** |
| Agressie | verbaal  fysiek |  |  |
| Agressie/boosheid | richting voorwerpen  richting personen |  |  |
| Allergieën |  |  |  |
| Angsten |  |  |  |
| Angst voor onbekende situaties |  |  |  |
| Chronische aandoening |  |  |  |
| Dwangmatige handelen |  |  |  |
| Fysieke beperkingen |  |  |  |
| Gebruik van drank / drugs |  |  |  |
| Grensoverschrijdend gedrag |  |  |  |
| Medicatieweigering |  |  |  |
| Onbereikbaar wegens stressfactoren |  |  |  |
| Overprikkeling |  |  |  |
| Seksueel grensoverschrijdend gedrag |  |  |  |
| Stemmingswisselingen |  |  |  |
| Verkeersveilig | **Ja**  **nee** |  |  |
| Zindelijk | **Ja**  **nee** |  |  |
| Weglopen / dwalen |  |  |  |
| Zwemdiploma |  |  |  |
| Anders |  |  |  |

Zijn er dingen waar we op moeten letten bij de benadering van de cliënt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Zijn er nog andere zaken die u aan ons kwijt wilt?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Ondertekening instemmingsbeginsel:**

-12 jaar: wettelijke vertegenwoordigers

12 – 16 jaar: wettelijke vertegenwoordigers en jeugdige

16+ jaar: jeugdige

**Bij deze verklaart de jeugdige toestemming te geven voor start zorg:**

Handtekening jeugdige …………………………………………………………

**Bij deze verklaren de wettelijke vertegenwoordigers toestemming te geven voor start zorg:**

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger …………………………………

**\*Voor verdere informatie rondom het instemmingsbeginsel verwijzen wij u naar ons protocol Instemming zorg.**

**\*Wij zullen uiteraard inspanning verrichtten om ernaar te streven dat beiden ouders betrokken worden bij het zorgtraject**

**Ondertekening informatievoorziening:**

-12 jaar: wettelijke vertegenwoordigers (recht op inzage)

12+ jaar: jeugdige kan aangeven welke informatie gedeeld mag worden (zorgaanbieder heeft een inspanningsverplichting om alle partijen te betrekken)

**Bij deze verklaart de jeugdige toestemming te geven voor informatieverstrekking:**

Rapportages

Zorgplan

Kwartaalmetingen

Eindevaluatie

Aan:

één ouder/één wettelijke vertegenwoordiger, namelijk …………………

Beiden ouders/wettelijk vertegenwoordigers

Handtekening jeugdige ……………………………………………………………………..

Hierbij geef ik als ouder(s)/verzorger(s) toestemming om, in geval van nood, te handelen indien wij niet bereikbaar zijn.

Datum:

Handtekening:

Hierbij geeft de cliënt/geven de ouders/verzorgers van de cliënt aan dit vragenformulier naar waarheid ingevuld te hebben

Datum:

Naam cliënt:

Handtekening voor akkoord

Door ouders/verzorgers: