|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 [ ]  PGBStartdatum 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: