|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Aanmeldformulier (Jong) Volwassenen** | Code | S190171 |
| Versie | 2 |
| Datum | 2-6-2020 |
| Eigenaar | MZB |

|  |
| --- |
|  |
| 1. **Persoonsgegevens cliënt**
 |
| 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:[ ]  Zelfstandig[ ]  Begeleid wonen[ ]  Ouders[ ]  Samenwonend/ gehuwd[ ]  Samenwonend/gehuwd met kinderen[ ]  Anders nl …………. |
| Gegevens contactpersoon: Naam …………………..……………………………………………………….Relatie tor cliënt …………………………………………………………………………… |
| Telefoonnummer | ……………………………………………………………… | Mobiel……………… |
| E-mailadres | …………………………………………………………………………… |
|  |
| Naam …………………..………………………………………………………Relatie tot cliënt ………………………………………………………………………… |
| Telefoonnummer | ……………………………………………………………… | Mobiel……………… |
| Emailadres | …………………………………………………………………………… |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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. Ik heb 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 systeem, 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 |
| 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 cliënt/systeem** | **Begeleiding in groepen** | **Behandeling/diagnostiek** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Eventuele diagnostiek**

*( verplicht in te vullen )*  |
| [ ]  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. **Algemene beeldvorming**

|  |
| --- |
| *Korte omschrijving* |

1. **Hulpverleningsverleden**

|  |
| --- |
| *Eerder betrokken hulpverlening* |

1. **Daginvulling**

|  |
| --- |
| [ ]  Werk |
| [ ]  Dagbesteding[ ]  SchoolEerder gevolgd onderwijs: ………………………………………………………………………………………………………………… |

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 u 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** |  |  |
| [ ]  Weglopen / dwalen |  |  |  |
| [ ]  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?

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

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

Handtekening …………………………………………………………

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

[ ]  Rapportages

[ ]  Zorgplan

[ ]  Kwartaalmetingen

[ ]  Eindevaluatie

Aan:

[ ]  Betrokken hulpverleners te weten: …………………

Handtekening cliënt ……………………………………………………………………..

Hierbij geeft de cliënt aan dit vragenformulier naar waarheid ingevuld te hebben

Datum:

Naam cliënt:

Handtekening voor akkoord