|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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  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 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  School  Eerder 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