

# Aanmeldformulier langdurige zorg

Blad 1-6

## Algemeen

---

Datum aanmelding .....

Voor welke kliniek meldt u patiënt aan?

Kliniek Schiedam

Kliniek Delft

Het Paard DD Delft

Kliniek Franz Lehàrstraat, Rotterdam Ommoord/Zevenkamp

Kliniek Schietbaanstraat, Rotterdam centrum

Kliniek Berkel, Berkel en Rodenrijs

Ter beoordeling zorgbemiddeling

## Persoonsgegevens

---

Achternaam .....

Voorletters .....

Roepnaam .....

Geboortedatum .....  Man  Vrouw

BSN .....

Adres .....

Postcode ..... Woonplaats .....

Telefoonnummer .....

E-mailadres .....

Burgerlijke staat  Ongehuwd  Gehuwd

Identiteitsbewijs  Paspoort  ID kaart

Geldig tot ..... documentnummer .....

Spreektaal .....

Verblijfsstatus .....

Rechtspositie en/of -maatregel (indien van toepassing)

Curatele  Mentorschap

Bewindvoering  Reclassering

Voogdij/familie  Rechterlijke machtiging

Artikel 6o  Inbewaringstelling

Huisarts ..... Telefoon .....

Adres .....

Postcode ..... Woonplaats .....

Ziektelkostenverzekeraar ..... Polisnummer .....

## Verwijzing/behandelvraag

---

Reden verwijzing

Behandelvraag

Vermoeden DSM stoornis

Huidige financiering

<input type="checkbox"/> ZPM, 1 <sup>e</sup> jaar	<input type="checkbox"/> WLZ-GGZB
<input type="checkbox"/> ZPM, 2 <sup>e</sup> jaar	<input type="checkbox"/> WLZ-Wonen
<input type="checkbox"/> ZPM, 3 <sup>e</sup> jaar	<input type="checkbox"/> WLZ-VV
	<input type="checkbox"/> WLZ-VG

Financiering sinds .....

Hoeveel verblijfsdagen heeft patiënt gehad binnen de huidige instelling? .....

Is er voor huidige opname sprake geweest van verblijf in een andere instelling?

Zo ja, om hoeveel dagen gaat dit? .....

## Gegevens verwijzer

Blad 3-6

Voornaam en achternaam .....

Functie .....

Organisatie .....

Adres .....

Postcode ..... Woonplaats .....

Telefoonnummer ..... E-mailadres .....

AGB-code .....

## Gegevens behandelaar/arts

Voornaam en achternaam .....

Functie .....

Organisatie .....

Adres .....

Postcode ..... Woonplaats .....

Telefoonnummer ..... E-mailadres .....

AGB-code .....

## Diagnose volgens DSM IV

***Graag een recent behandelplan als bijlage toevoegen.***

Vermoeden DSM stoornis

## Medicatie

***Overzicht medicatiegebruik graag als bijlage toevoegen.***

Verstrekkingwijze	In eigen beheer	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	Door derden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	Medicatierouw	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee

Levensgeschiedenis, arbeids- en woonverleden, biografische anamnese, familieanamnese

## Samenvatting behandeling GGZ

Ziekteverloop, hulpverleningsgeschiedenis

## Probleemgedrag aanvullingen

	<b>Heden</b>		<b>Verleden</b>	
Gebruik van agressie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruik van (hard)drugs	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Alcohol mis(ge)bruik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Medicatiemisbruik	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Onaangepast seksueel gedrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Suïcidaal gedrag	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Brandgevaarlijk	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Diefstal	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Vernieling van	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Indien nodig toelichten				

Aan-afwezigheid onderzoek, klachten/belemmeringen, aard van de behandeling, behandeltrouw, ziektebesef/ziekte inzicht, lijdensdruk, benaderingswijze, begeleidingsbehoefte Hoe brengt hij/zij haar dagen door? Wat vindt patiënt zelf van de aanmelding? Wat vindt familie van de aanmelding?

## Somatische problematiek en voorgeschiedenis

Aan-afwezigheid onderzoek, klachten/belemmeringen, aard van de behandeling, behandeltrouw, ziektebesef/ziekte inzicht, lijdensdruk, benaderingswijze, begeleidingsbehoefte, biografische anamnese, familieanamnese.

## Aanvullende documenten

***Graag bij dit aanmeldformulier de volgende documenten meesturen.  
Zijn deze documenten niet aanwezig, dan kan de aanmelding niet in behandeling worden genomen.  
In bezit bij GGZ Delfland voor de kennismaking op locatie;***

- verwijsbrief behandelaar met AGB-code en ondertekening
- alle intake- en ontslagbrieven,
- alle jaarlijkse zorgevaluatiebrieven,
- een overzicht van de medicatiehistorie
- behandelplan
- eventueel onderzoeken bijv IQ of NPO
- Kopie beschikking WLZ,WMO

- Ondergetekenden verklaren zich akkoord met de aanmelding bij GGZ Delfland
- Patiënt geeft toestemming voor het doorgeven van de aanmeldingsgegevens aan GGZ Delfland
- Patiënt geeft toestemming aan GGZ Delfland om indien nodig aanvullende informatie op te vragen bij de verwijzer.

**Handtekening patiënt**

.....  
Datum ..... Plaats .....

**Handtekening verwijzer**

.....  
Datum ..... Plaats .....

**Handtekening wettelijk**

**vertegenwoordiger**

.....  
Datum ..... Plaats .....

**Let op: vul het formulier volledig in en onderteken het, want alleen dan nemen wij het in behandeling. Je kunt het formulier veilig naar ons mailen via Zorgmail of faxen.**

Faxnummer: 015 260 77 85

E-mailadres: [bureauopname@ggz-delfland.nl](mailto:bureauopname@ggz-delfland.nl)

Afhankelijk van de versie van Adobe Reader die je hebt, is het mogelijk hier digitaal een handtekening in te voegen. Als je over een versie beschikt waarbinnen dit niet mogelijk is, willen we je vragen dit formulier uit te printen en fysiek te tekenen.