

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 Zorgmachtiging

Bewindvoering Reclassering Artikel 6o

Voogdij/familie Rechterlijke machtiging Inbewaringstelling

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

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

	Heden		Verleden	
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;***

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

In geval van ZPM-financiering;

- verwijsbrief behandelaar met AGB-code en ondertekening

- 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.**

E-mailadres: 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.