

**Aanmeldformulier Herstelvoorzieningen GGZ Rivierduinen
Beschermd Wonen of Verblijf met Behandeling**

Voor het aanmelden van uw patiënt kunt u dit PDF - formulier invullen, indien gewenst opslaan op uw eigen computer, daarna printen en volledig ingevuld per post sturen naar:

GGZ Rivierduinen
T.a.v. Servicebedrijf, Centrale Zorgadministratie, aanmeldpunt HOP
Antwoordnummer 10120
2300 VB Leiden

Vul de vragenlijst zo duidelijk mogelijk in, zodat wij op basis van uw informatie een goede inschatting kunnen maken van de benodigde behandeling, zorg en begeleiding, om herstel ondersteuning van de cliënt vorm te geven.

1. Gegevens patiënt

Naam	
Geboortedatum	
Geslacht	
Burgerlijke staat	
BSN nummer	
Adres	
Postcode	
Woonplaats	
Telefoonnummer	
E- mail	

Indien opgenomen	
Datum opname	
Huidige afdeling/team	
Telefoonnummer	

2. Gegevens verwijzer
(Alléén huisarts of medisch specialist)

Instantie/bedrijf:	
Persoonlijke AGB - code:	
Naam:	
Adres:	
Postcode en plaats:	
Telefoonnummer:	
E- mail	

3. Reden van verwijzing
(korte omschrijving,
Max. 500 woorden)

--

4. Beschrijvende diagnose
(psychiatrisch en somatisch)

--

5. Diagnose gesteld door

Naam:
Functie:
Datum:

6. DSM V

7. Juridische maatregelen

Is er sprake van een rechterlijke machtiging	Kies een item
Is er sprake van een inbewaringstelling	Kies een item
Expiratie datum:	
Reden maatregel:	

8. Wettelijk vertegenwoordiger (familie, bewindvoerder, mentor, Curator of middels de WGBO)

9. Verslaving

10. Psychiatrische voorgeschiedenis (eerdere behandelingen en opnames)

11. Beloop huidige behandeling

12. Medicatie

Huidige overzicht	
Resultaat	

13. Decompensatie risico (is er een risico en zo ja, Wat is de hevigheid en frequentie, is er een signaleringsplan of een crisiskaart).

14. Is de cliënt al 365 dagen opgenomen? Zo ja, welke ZZP is er ?

Kies een item

15. Gevraagde voorziening

<input type="radio"/>	In overleg met plaatsingscommissie Herstelvoorzieningen
<input type="radio"/>	Beschermd Wonen locatie Leiden
<input type="radio"/>	Beschermd Wonen locatie Duin en Bollenstreek
<input type="radio"/>	Beschermd wonen locatie Alphen aan de Rijn
<input type="radio"/>	Klinisch Herstel locatie Oegstgeest
<input type="radio"/>	Klinisch Herstel locatie Leidschendam

<input type="radio"/>	Klinisch Herstel locatie Zegerkwartier Alphen a/d Rijn
<input type="radio"/>	Kliniek Intensieve Zorg locatie Oegstgeest
<input type="radio"/>	Klinisch herstel autisme (Meander) locatie Oegstgeest
<input type="radio"/>	Neuro Psychiatrie Oegstgeest

16. Behandeldoelen (toelichting)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Woondoelen, Beschermd Wonen (toelichting per item)	
Financiën	
Dagbesteding / Werk	
Huisvesting	
Activiteiten dagelijks leven	
Sociale relaties / netwerk	
Maatschappelijke participatie	
Justitie	

18. Opvatting van de cliënt zelf.	
-----------------------------------	--

19. Is de cliënt akkoord met de verwijzing?	Ja/Nee
---	--------

20. Datum verwijzing	
----------------------	--