# **Aanmeldformulieren voor de specialistische GGZ**

**Team Kind en Gezin (voor patiënten onder de 18 jaar)**

Huisartsen kunnen via ZorgDomein verwijzen. Overige verwijzers kunnen gebruik maken van dit formulier.

Wilt u dit formulier evenals het instemmingsformulier en de toestemmingsverklaring volledig invullen? Indien er eerdere behandeling is geweest, dan is de aanmelding pas compleet als verslaglegging hieromtrent is meegezonden. Daarna kunnen wij uw aanmelding in behandeling nemen.

Graag ook het emailadres van de patiënt invullen, deze zal alléén gebruikt worden voor een E-Health account (Minddistrict) en voor onze ROM vragenlijsten. Zonder tegenbericht gaan wij er vanuit dat patiënt hiermee akkoord gaat. Voor meer informatie zie onze website.

Betreft het een heraanmelding, wilt u patiënt dan informeren dat wij voor beoordeling ook in het oude dossier kijken en de aanmelding als een volmacht hiervoor zien?

**Het betreft een aanmelding voor** (Aangeven wat van toepassing is)**:**

 Gezinskliniek

 HITT / HI-NETT

 Dag- of polikliniek

|  |  |
| --- | --- |
| **Patiëntgegevens** |  |
| Achternaam |   |
| Voorletters |   |
| Geboortedatum |   |
| Geslacht |   | Burgerlijke staat |   |
| Adres  | Verblijfadres: | Postadres: |
| Straat + huisnummer |   |   |
| Postcode + plaats |   |   |
| Telefoonnummer |   | E-mail patiënt |   |
| V-nr / BSN-nummer |   |
| Land van herkomst |   | In Nederland sinds |   |
| Tolk nodig |   | Taal |   |
| Zorgverzekeraar |   |
| Polisnr verzekering |   |
| Woonsituatie |   |
| Steunsysteem |   |
|  |  |
| Naam Apotheek |   |
| Telefoonnummer |   | Faxnummer |   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indien patiënt in asielprocedure is |  |  |
| Advocaat |   |
| Telefoonnummer |   | Faxnummer |   |

Indien Indien de huisarts niet de verwijzer is

|  |  |
| --- | --- |
| Naam Huisarts |   |
| Adres |   |
| Telefoonnummer |   | Faxnummer |   |

**Gegevens verwijzer: N.B.: Vergeet niet de AGB-code, uw handtekening en stempel!**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |   |
| Voorletters |   |
| AGB-code  |   |
| Functie  |   |
| Straat + huisnummer  |   |
| Postcode + plaats |   |
| Telefoonnummer |   | Faxnummer |   |
| Email verwijzer |   | **Datum verwijzing** |   |
| Type Verwijzer(huisarts, psychiater, jeugdarts, bevoegd vanuit de gemeente voor patiënten onder de 18 jaar) |   |
| Stempel  |   |
| Handtekening (huisarts, psychiater, jeugdarts, bevoegd vanuit de gemeente voor patiënten onder de 18 jaar) |   |

|  |
| --- |
| **Wanneer bent u telefonisch bereikbaar?** |
|   |

Diagnostische gegevens

1. Verwijst u voor (Aangeven wat van toepassing is):

 Diagnostiek

 Second Opinion

 Behandeladvies

 Behandeling

 Duobehandeling

1. Wat denkt u als verwijzer dat er aan de hand is (vermoeden DSM-stoornis)

 Posttraumatische stress-stoornis

 Stoornis door gebruik van alcohol/drugs

 Psychotische stoornis

 Stemmingsstoornis

 Angststoornis

 Persoonlijkheidsstoornis

 Dissociatieve stoornis

 Eetstoornis

 Seksuele stoornis

 Slaapstoornis

 Impulscontrole stoornis

 Gedragsstoornis

 Gecompliceerde rouw

 Autisme Spectrum Stoornis

 ADHD

 Ontwikkelingsstoornis

 Relationele of gezinsproblemen

1. Risico:

Suicide: Laag Matig Hoog

Impulscontroleverlies: Laag Matig Hoog

Psychose: Laag Matig Hoog

Verslaving alcohol/drugs: Laag Matig Hoog

Huiselijk Geweld Laag Matig Hoog

|  |
| --- |
| **Actuele stressoren:** |
| *Gedacht kan worden aan: gezinsomstandigheden, school, woonsituatie, relatie, werk, juridische zaken etc.*  |
|     |
| **De voornaamste klachten en problemen:** |
| *Gedacht kan worden aan: nachtmerries, verminderde eetlust, somberheid, lichamelijke klachten etc.* |
|  |
| *Is er sprake van: ontwikkelingsproblemen, problemen in de gezinssituatie, schoolproblemen, problemen met leeftijdsgenoten, gedragsproblemen, psychosociale problemen?* |
|   |
| *Hebben ouders of andere kinderen psychiatrische problemen?* |
| *Is er sprake van of een vermoeden van huiselijk geweld of seksueel misbruik?* |
| **Traumageschiedenis:** |
| *Omschrijving traumatische ervaringen:* |
|  |
| **Hulpvraag:** |
| *Hulpvraag verwijzer:* *Hulpvraag patiënt:* *Hulpvraag van ouders indien patiënt <18 jaar:*  |
| **Voorgeschiedenis; gaarne ontvangen wij van u de onderstaande onderdelen. Deze informatie graag direct als bijlage meesturen dit bespoedigd de beoordeling van de aanmelding.** |
| - alle gegevens betreffende huidige / voorgaande behandelingen- medicatie- lab-uitslagen- recente somatische informatie.- onder de 18 jaar: gegevens van jeugdzorg en jeugd GGZ.   |

|  |
| --- |
| **Huidige gezinssamenstelling, inclusief gezinsleden die elders wonen:** |
|    |
| **Zijn er andere instellingen betrokken bij het kind/gezin?** |
| *Denk aan jeugdhulpverleningsinstanties zoals het wijkteam, OKT, een gezinsmanager, Veilig Thuis, Jeugdbescherming of andere GGZ instellingen.*  |
| ***Welke gemeente is verantwoordelijk voor de financiering?*** |
| *In het kader van het woonplaatsbeginsel:.*   |

# **Instemmingsformulier diagnostiek en behandeling**

**Team Kind en Gezin (voor patiënten onder de 18 jaar)**

Naam kind/jeugdige: ………………………………..

Geboortedatum: ………………………………..

Indien een kind of jeudige onder de 16 jaar bij het het ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum wordt aangemeld, moeten alle wettelijke vertegenwoordigers van het kind hier toestemming voor geven.

Door dit formulier te ondertekenen bevestigen de wettelijk vertegenwoordigers akkoord te zijn met diagnostisch onderzoek en behandeling (indien geïndiceerd) binnen het ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum. Jeugdigen van 12 jaar of ouder dienen zelf ook in te stemmen met de aanmelding.

Naast dit formulier ontvangen wij graag een officiele verwijzing van een erkende verwijzer. Meer informatie hierover vindt u op onze website: [www.centrum45.nl](http://www.centrum45.nl) en klik op de knop ‘patient aanmelden’. Op onze website vindt u eveneens ons aanmeldformulier.

Indien er meerdere kinderen of jeugdigen uit hetzelfde gezin worden aangemeld, dient er voor elk kind of jeugdige afzonderlijk een verwijzing en instemmingsformulier opgestuurd te worden.

Bij vragen kunt u contact opnemen met de medewerkers van Bureau Aanmelding en Informatie:

Telefoonnummer: 088-3305511

E-mailadres: BAI@centrum45.nl

**Hoe is het gezag geregeld?**

Is er sprake van een echtscheiding en/of co-ouderschap?

 Ja

 Nee

Wie heeft het gezag?

 Beide ouders

 Alleen moeder

 Alleen vader

 Anders, namelijk: ……………………….

Is er sprake van:

* Een (voorlopige) ondertoezichtstelling ((V)OTS):

 Ja

 Nee

* Een voogdij-maatregel:

 Ja

 Nee

|  |  |
| --- | --- |
| *Gezaghebbende ouder/verzorger/voogd:* | *Gezaghebbende ouder/verzorger/voogd:* |
| **Contactgegevens** |  |
| Naam: Relatie tot kind/jeugdigeAdres:Telefoonnummer:E-mailadres:Handtekening:Datum: | ……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..…………………………….. | Naam: Relatie tot kind/jeugdigeAdres:Telefoonnummer:E-mailadres:Handtekening:Datum: | ……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..……………………………..…………………………….. |

Handtekening jeugdige (12 jaar of ouder)

Handtekening: ……………………………..

Datum: ……………………………..

**Toestemmingsverklaring**

**Team Kind en Gezin (voor patiënten onder de 18 jaar)**

Door het ondertekenen van dit toestemmingsformulier geeft u en/of uw wettelijk vertegenwoordigers de medewerkers van het ARQ Nationaal Psychotrauma Centrum toestemming om met derden over uw aanmelding te overleggen.

* Voor kinderen tot 12 jaar geven de wettelijk vertegenwoordigers toestemming
* Voor jeugdigen in de leeftijd van 12 tot 16 jaar geldt dat zowel de jeugdige zelf als zijn/haar wettelijk vertegenwoordigers toestemming moeten geven.
* Jeugdigen in de leeftijd van 16 jaar of ouder geven zelf toestemming.

Op dit formulier kunnen meerdere organisaties of contactpersonen worden genoemd.

De toestemming is geldig gedurende de gehele beoordeling van de aanmelding. Indien gewenst kan de toestemming eerder schriftelijk worden ingetrokken.

**Patiëntgegevens**

Naam: ……………………………………………………………………………………………………………

Geboortedatum: ……………………………………………………………………………………………………………

**Gegevens organisatie / contactpersoon**

1. Naam organisatie (indien van toepassing): ……………………………………………………………………………………………………………

Contactpersoon: ……………………………………………………………………………………………………………

Contactgegevens: ……………………………………………………………………………………………………………

Functie/relatie tot patiënt: ……………………………………………………………………………………………………………

1. Naam organisatie (indien van toepassing): …………………………………………………………………………………………………………...

Contactpersoon: ……………………………………………………………………………………………………………

Contactgegevens: ……………………………………………………………………………………………………………

Functie/relatie tot patiënt: ……………………………………………………………………………………………………………

Naam organisatie (indien van toepassing): ……………………………………………………………………………………………………………

Contactpersoon: ……………………………………………………………………………………………………………

Contactgegevens: ……………………………………………………………………………………………………………

Functie/relatie tot patiënt: ……………………………………………………………………………………………………………

Handtekening jeugdige (noodzakelijk voor jeugdigen van 12 jaar of ouder)

Handtekening: ……………………………..

Datum: ……………………………..

Handtekening alle wettelijk vertegenwoordigers (noodzakelijk voor jeugdigen jonger dan 16 jaar)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam:  | ………………………… | Naam:  | ………………………… |
| Relatie tot kind/jeugdige: | ………………………… | Relatie tot kind/jeugdige: | ………………………… |
| Handtekening:  | ………………………… | Handtekening:  | ………………………… |
| Datum:  | ………………………… | Datum:  | ………………………… |