

Aanmeldformulier consultatiepunt

Personalia cliënt:	
Familienaam:	Voorvoegsel:
Voorletters:	Roepnaam:
Geboortedatum:	Geboorteplaats/land:
Geslacht:	
Woonadres:	<input type="checkbox"/> Zorginstelling:
Postcode:	
Woonplaats:	
E-mailadres:	
Telefoonnummer(s):	
BSN (burgerservice nummer):	
Ziektekostenverzekering:	Polisnummer:
Contactgegevens: Ouders / wettelijke vertegenwoordiger	
<input type="checkbox"/> Ouders	<input type="checkbox"/> Wettelijke vertegenwoordiger
<input type="checkbox"/> Ouders	<input type="checkbox"/> Wettelijke vertegenwoordiger
Relatie tot cliënt: (ouder/broer/zus/anders)	Relatie tot cliënt: (ouder/broer/zus/anders)
Voorletters:	Voorletters:
Naam: dhr/mevr	Naam: dhr/mevr
Geboortedatum:	Geboortedatum:
Woon-/postadres:	Woon-/ postadres:
Postcode:	Postcode:
Plaats:	Plaats:
Telefoonnummer(s):	Telefoonnummer(s):
E-mailadres:	E-mailadres:
Betrokken hulpverleners:	
Naam instantie:	Naam instantie :
Naam: dhr/mevr	Naam: dhr/mevr
Adres:	Adres:
Postcode:	Postcode:
Plaats:	Plaats:
Telefoonnummer(s):	Telefoonnummer(s):
E-mailadres:	E-mailadres:
Huisarts:	
Naam:	
Adres:	
Postcode:	
Woonplaats:	

Aanmeldformulier consultatiepunt

Hulpvraag:

Wat is uw hulpvraag?

Hulpverlening:

Is er op dit moment al hulpverlening betrokken of in het verleden betrokken geweest?

Diagnostiek:

Is er al eerder onderzoek gedaan met betrekking tot de problematiek?

Zo ja, wanneer ?

Door wie?

Conclusie?

Niveau van functioneren:

Globaal niveau van functioneren: (licht, matig, ernstig, zeer ernstig)

IQ gegevens (indien aanwezig):

Totaal IQ:

Verbaal IQ:

Performaal IQ:

Sociaal emotionele ontwikkeling (indien bekend):

Medische zaken:

Spelen er op dit moment lichamelijke factoren die een rol kunnen spelen in de problematiek?

Medische voorgeschiedenis:

Huidig medicatie gebruik:

Eventuele bijzonderheden:

Aanmeldformulier consultatiepunt

Toestemmingsverklaring:

Om uw zorgvraag goed te kunnen beoordelen en om de juiste zorg te kunnen bieden is het van belang dat wij over de juiste gegevens beschikken. Daarom ontvangen wij graag uw toestemming:

Cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger(s) geven toestemming voor:

- Het opvragen van gegevens bij de behandelend (huis)arts: (naam van de arts) of andere externe instanties : (naam instantie en betrokken hulpverlener)
- Het doorsturen van gegevens naar de huisarts van de cliënt

Naam en handtekening cliënt en/of de wettelijke vertegenwoordiger(s)/ouder*:

Naam cliënt: Naam wettelijk vertegenwoordiger/ouder:

Datum: Datum:

Handtekening: Handtekening:

*Is de cliënt jonger dan 12 jaar dan ondertekenen de ouder(s) of voogd. Indien ouders gescheiden zijn, dan graag beide wettelijk vertegenwoordigers laten tekenen.

Bij cliënten van 12 t/m 15 jaar tekenen zowel de cliënt als de ouder(s) of voogd.

Is de cliënt 16 of 17 jaar, en wilsbekwaam, dan volstaat de handtekening van de cliënt, wel wordt de ouder of voogd verzocht mee te ondertekenen.

Is de cliënt 16 of 17 jaar en wilsonbekwaam dan tekenen de ouders of voogd.

Wilsbekwame cliënten van 18 jaar en ouder tekenen zelf. Bij wilsonbekwaamheid wordt vanaf 18 jaar getekend door de mentor, curator of onbenoemde vertegenwoordiger (gemachtigde, echtgenoot, partner of familielid).

Verder noodzakelijk bij deze aanmelding:

- Verwijsbrief door eigen huisarts
- Indien aanwezig eerdere rapportages met betrekking tot diagnostiek of behandeling

Dit aanmeldformulier graag met verwijzing van de huisarts en eventuele verslagen opsturen naar:

**Koraal locatie StAnna
Tav medische dienst
Panheelderweg 3
6097 AH Heel**

Of per fax: 0475 570151 (medische dienst StAnna)

Bij vragen over dit formulier of voor hulp bij het invullen, kan u telefonisch contact opnemen met de medische dienst: 0475 579867