|  |  |
| --- | --- |
| **Aanmelding** | |
| Datum  aanmelding: | Tik of vul tekst in. <datum> |
| Aanmelding voor: | Behandelcentruim Hi-5 (Kind en Jeugd)  F-ACT  Poli-psychiatrie (Fundashon Mariadal)  Psyche & Somatiek (Bon Bida)  Praktijk Resilensia (1e lijns GGZ) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens verwijzer** | |
| Naam verwijzer: | . |
| Functie verwijzer: | . |
| Huisarts client: | . |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens cliënt** | | | |
| Naam: | . | | |
| Geboortedatum: | . | Geslacht: | . |
| Telefoonnummer: | . | | |
| Adres: | . | | |
| Sedula nummer: | . | | |
| Voorkeur taal: | . | | |
| Juridische situatie/gezag: | . | | |
| Tweede wettelijke vertegenwoordiger: | . | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens wettelijke vertegenwoordiger** | |
| Naam: | . |
| Relatie tot cliënt: | . |
| Adres: | . |
| Telefoonnummer: | . |

|  |
| --- |
| **Reden van aanmelding volgens verwijzer (voorlopige diagnose)** |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |
| **Psychiatrische (behandel)voorgeschiedenis / somatische voorgeschiedenis** |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |
| **Medicatie** |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |
| --- |
| **Hulpvraag client** |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

*Mededelingen*

* Voorwaarde voor verwijzing is dat patiënt gezien is door verwijzer én dat aanmelding besproken is met patiënt
* Indien intake met spoed nodig (= binnen 1 week) dan telefonisch contact met psychiater (7800158)/ Kind en Jeugd psychiater (7961101)

.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Handtekening verwijzer