|  |
| --- |
| **Aanmelding** |
| Datumaanmelding: | 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