# Persoonsgegevens cliënt:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Adres: | <klik hier en typ de tekst> |
| Woonplaats: | <klik hier en typ de tekst> |
| Telefoonnummer: | <klik hier en typ de tekst> |
| E-mailadres: | <klik hier en typ de tekst> |
| Geboortedatum: | <klik hier en typ de tekst> |
| Naam huisarts: Telefoonnummer huisarts: | <klik hier en typ de tekst> |
| Toestemming overleg huisarts indien nodig: | <klik hier en typ de tekst> |

**Gegevens aanmelder:**

|  |  |
| --- | --- |
| Voornaam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Achternaam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Telefoonnummer | <klik hier en typ de tekst> |
| E-mailadres: | <klik hier en typ de tekst> |
| Relatie tot de cliënt: | <klik hier en typ de tekst> |

# Gegevens betrokken hulpverlener:

|  |  |
| --- | --- |
| Naam: | <klik hier en typ de tekst> |
| Functie: | <klik hier en typ de tekst> |
| Hulpverleningsinstantie: | <klik hier en typ de tekst> |
| Contactgegevens:  (mailadres, werkdagen, etc) | <klik hier en typ de tekst> |

Wat is de huidige situatie? (huidige verblijf, problematiek, eventuele diagnoses)

<klik hier en typ de tekst>

Is er zicht op een vervolgplek? Zoja, welke?

<klik hier en typ de tekst>

Wat is de financiële draagkracht? Is er sprake van inkomen, bijstandsuitkering o.i.d?

<klik hier en typ de tekst>

Wat zijn de begeleidingsdoelen/verwachtingen voor het verblijf?

<klik hier en typ de tekst>

Is er andere hulpverlening betrokken?

<klik hier en typ de tekst>

Slikt de cliënt medicatie?

<klik hier en typ de tekst>

Is er sprake van suïcidaliteit?

<klik hier en typ de tekst>

Is er sprake van middelengebruik of -afhankelijkheid?

<klik hier en typ de tekst>

Is er een voorgeschiedenis van agressie of zelfbeschadigend gedrag?

<klik hier en typ de tekst>

Samenwerking  
Zijn er bijzonderheden m.b.t de motivatie, samenwerking, taalvaardigheid?

<klik hier en typ de tekst>

Hoe ziet het netwerk eruit? En eventuele bijzonderheden

<klik hier en typ de tekst>

|  |
| --- |
| Is er een beschikking aanwezig? Zo ja, graag een kopie van de beschikking meesturen. |

<klik hier en typ de tekst>

Wat is de gewenste ingangsdatum?

<klik hier en typ de tekst>

Heeft u andere belangrijke informatie voor Bijzondere Zorg?

<klik hier en typ de tekst>

Wij vragen u om belangrijke, aanvullende documenten mee te sturen. Graag hieronder vermelden welke documenten u mee stuurt:

<klik hier en typ de tekst>

Tevens willen wij u erop attenderen dat er alleen een plaatsing mogelijk is wanneer het volgende in orde is:

-De beschikking moet zijn afgeleverd bij de backoffice van uw organisatie. Hier ontvangen wij graag een bewijsstuk van (mail o.i.d)  
-De beschikking die wij nodig hebben is voor 14 uur per week, specialistische hulpverlening. De productcode kan bij ons worden opgevraagd.   
-Het gaat om een tijdelijke plek, maximaal 6 weken. De aanmelder dient met een plan te komen voor een vervolgplek.   
-Na het ontvangen van het aanmeldformulier zal de intakecoördinator contact met u opnemen. Er zal dan een afspraak gemaakt worden voor een verdere screening van de cliënt. Bij dit gesprek dienen de cliënt en de aanmelder aanwezig te zijn.

Ik heb dit formulier naar waarheid ingevuld:

Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Handtekening / Naam: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Hartelijk dank voor het invullen.**

**Wij nemen zo snel mogelijk contact met u op.**