

Aanmeldformulier De Riethorst, GGZ centrum voor doven en slechthorenden

Volwassenen

Dit formulier kan zowel door de cliënt zelf, diens verwijzer als door de aanmeldfunctionaris de Riethorst, locatie Ede of Amsterdam, worden ingevuld.

Gelieve dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen en samen met de verwijfsbrief van de huisarts of medisch specialist terug te zenden naar onderstaand adres.

Zonder verwijfsbrief met verwijzing naar de gespecialiseerde ggz kan de aanmelding niet in behandeling worden genomen.

Cliënten en verwijzers kunnen het formulier in Word invullen, (laten) ondertekenen en terugmailen naar:
infodoven-slechthorenden@propersona.nl

U kunt het ook uitprinten, invullen en faxen: faxnummer (0318) 43 36 89
of per post zenden naar:

Pro Persona
De Riethorst, GGZ centrum voor doven en slechthorenden
Postbus 70
6710 BB Ede

Datum aanmelding:

Indien ingevuld door aanmeldfunctionaris de Riethorst aangenomen door:

Persoonsgegevens cliënt(e)

Voornamen:
Achternaam:
Geslacht M/V:
Geboortedatum:
BSN nummer:
Burgerlijke staat:
Naam echtgenoot/echtgenote:
Geboortedatum echtgenoot/echtgenote:

Adres

Straatnaam en huisnummer:
Postcode:
Plaats:
E-mailadres:
Telefoon:
Teksttelefoon:
Sms:
Fax:

Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg

Leefsituatie (één antwoord kiezen uit onderstaande mogelijkheden)

- Alleenstaand
- Zonder partner, met kinderen
- Met partner, zonder kinderen
- Met partner, met kinderen
- Als kind in een eenoudergezin
- Als kind in een meeroudergezin
- Niet GGZ institutie (internaat, gevangenis, asielzoekerscentrum enz.)
- GGZ institutie
- Zwervend, dakloos
- Anders

Opleidingsniveau (kies uw hoogst genoten (deel van de) opleiding op het moment van aanmelding . Dus één antwoord aangeven.)

- Onderwijs aan kleuters
- Primair onderwijs (basisonderwijs)
- Onderbouw/VMBO
- VMBO-basis
- VMBO TL, MAVO, onderbouw HAVO/VWO
- BOL, BBL, KMBO
- VHBO, educatie, Vakopleiding
- MBO, bovenbouw HAVO/VWO
- HBO zonder bachelor
- HBO met bachelor
- WO bachelor
- HBO Master, WO Master
- Doctor, WO

Verblijfadres (indien afwijkend van bovenstaand adres)

Instelling/persoon:

Straatnaam en huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Telefoon:

Divers

Nationaliteit:

Geboorteplaats:

Geboorteland:

Huisarts

Naam:

Straatnaam en huisnummer:

Postcode:

Plaats:

E-mailadres:

Telefoon:

Indien er sprake is van een andere verwijzer dan de huisarts:

Naam:

Functie:

Straatnaam en huisnummer:

Postcode:

Plaats:

E-mailadres:

Telefoon:

Contactpersoon (indien van toepassing)

Naam:

Straatnaam en huisnummer:

Postcode:

Plaats:

Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg

Telefoon:
E-mailadres:
Relatie tot cliënt:
Geboortedatum:

Zorgverzekeraar

Naam:
Polisnummer:

Apotheek

Naam:
Adres:
Plaats:

Bent u eerder bij de afdeling doven en slechthorenden van de Riethorst locatie Ede of Amsterdam (Psydon) in behandeling geweest: ja/nee

Zo ja, wanneer:

Heeft u eerder van andere mensen/instellingen hulp gehad i.v.m. psychische klachten?
Ja/nee

Zoja, wanneer, voor welke klachten en van wie/welke instelling?

Indien hiervan relevante rapportage/verslaglegging beschikbaar is, wilt u dit dan opsturen/meenemen naar het intakegesprek?

1. Aanmeldingsreden

Waarom vraagt u hulp, wat zijn uw klachten? (meerdere antwoorden mogelijk)

- Bent u somber?
- Bent u verdrietig?
- Bent u bang?
- Heeft u last van uw lichamelijke klachten zoals tinnitus of hyperacusis?
- Heeft u slaapproblemen?
- Heeft u moeite met omgaan met slechthorendheid of doofheid?
- Heeft u opvoedingsvragen?
- Heeft u relatieproblemen?
- Anders, namelijk.....

Toelichting: (graag zo uitgebreid mogelijk beschrijven)

2. Hoe lang bestaan uw klachten, of sinds wanneer zijn ze verergerd?

3. Wat doet u overdag (voorbeelden: werk, ziektewet, vrijwilligerswerk, dagbesteding, geen invulling voor mijn dag, veel slapen, anders namelijk.....)

4. Wat is op u van toepassing: (meerdere antwoorden mogelijk)

- Ik ben doof geboren/vroeg doof
- Ik ben laatdoof, sinds.....
- Ik ben plotsdoof, sinds.....
- Ik ben slechthorend (stabiel), sinds.....
- Ik ben slechthorend (progressief), sinds.....
- Ik heb tinnitus, sinds.....
- Ik heb hyperacusis, sinds.....
- Ik ben doof-blind, sinds.....
- Ik draag een hoorapparaat
- Ik draag een CI (cochleair implantaat)
- Anders, namelijk.....

5. Naar welke vorm van communiceren bij de intake gaat uw voorkeur uit?

- NGT (Nederlandse Gebaren Taal)
- NmG (Nederlands met Gebaren)
- Schrijven/schrijftolk
- Gesproken Nederlands
- Vierhandengebaren
- Andere taal, namelijk
- Anders, namelijk

NGT tolk (Tolk Gebaren Taal) of schrijftolk

Indien er een NGT tolk of schrijftolk is gewenst bij diagnostiek en/of behandeling, wordt deze door Pro Persona aangevraagd en gefinancierd.

Toestemming informatieverstrekking

Naam	
Adres	
Woonplaats	
Geboortedatum	
BSN (Burger Service Nummer)	
E-mailadres	

Om u een goede behandeling te kunnen bieden, is het van belang dat wij relevante informatie kunnen opvragen. Ook vinden wij het van belang dat uw huisarts op de hoogte is van uw behandeling bij Pro Persona. Daarom vragen wij uw toestemming voor het volgende:

Mogen wij uw huisarts op de hoogte stellen van uw diagnose/ behandeling bij Pro Persona?	Ja/nee*
Mogen wij aanvullende informatie opvragen bij de huisarts?	Ja/nee*
Mogen wij aanvullende informatie opvragen bij de apotheek?	Ja/nee*
Indien iemand anders dan de huisarts verwezen heeft, mogen wij de verwijzer dan informeren over uw diagnose/ behandeling?	Ja/nee/ n.v.t.*
Mogen wij informatie opvragen over onderzoeken/behandelingen bij andere instanties? (bijv. specialisten ziekenhuizen, artsen, psychologen, psychiaters, GGZ).	Ja/nee*

Wilt u hieronder vermelden over welke onderzoeken en/of behandelingen wij informatie mogen opvragen:

Naam behandelaar/instelling	Behandeling van	Behandeling tot

Gebruik e-mail:

Mogen wij het opgeven e-mailadres gebruiken voor een behandeling? Ja/nee*

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Indien de cliënt niet zelf ondertekent, maar wettelijk vertegenwoordiger of familielid, reden vermelden:

Naam:

Relatie tot de cliënt:

*Doorhalen wat niet van toepassing is.

Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg