

Thalamus, polikliniek voor neuropsychiatrie

Aanmeldformulier

Datum:

Toesturen aan:

Secretariaat Polikliniek Thalamus
Medisch Centrum
Postbus 27
6870 AA Renkum
Tel. (026) 483 33 13
Fax (026) 482 14 96
E-mail: secr.thalamus@propersona.nl

Persoonlijke gegevens

Familienaam	
Voorletters + roepnaam	
Geslacht	
Geboorteplaats + datum	
Huidige adres	
Postcode + woonplaats	
Telefoonnummer	
E-mail	
Nationaliteit	
BSN nummer	

Burgelijke staat (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Ongehuwd	
<input type="checkbox"/>	Of gehuwd met	
<input type="checkbox"/>	Gescheiden	
<input type="checkbox"/>	Weduwe/weduwenaar	

Woonvorm (aankruisen wat van toepassing is)

<input type="checkbox"/>	Gezin	
<input type="checkbox"/>	Samenlevend	
<input type="checkbox"/>	Alleenstaand	
<input type="checkbox"/>	Bij ouders	
<input type="checkbox"/>	Instelling :	
<input type="checkbox"/>	Anders :	

Pro Persona
geestelijke gezondheidszorg

Thalamus, polikliniek voor neuropsychiatrie

Dagbesteding

Opleiding/beroep	
Werk	
Dagbesteding	

Contactpersoon

Naam	
Adres	
Postcode + woonplaats	
Telefoon	
Relatie t.o.v. client	

Juridische status (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Vrijwillig		
<input type="checkbox"/>	IBS	Experatiedatum	
<input type="checkbox"/>	Rechterlijke macht	Experatiedatum	

<input type="checkbox"/>	Bewindvoering	Naam	
<input type="checkbox"/>		Adres	
		Postcode	
		Woonplaats	
		Telefoonnummer	

<input type="checkbox"/>	Curatele	Naam	
<input type="checkbox"/>		Adres	
		Postcode	
		Woonplaats	
		Telefoonnummer	

<input type="checkbox"/>	Mentorschap	Naam	
<input type="checkbox"/>		Adres	
		Postcode	
		Woonplaats	
		Telefoonnummer	

Thalamus, polikliniek voor neuropsychiatrie

CIZ indicatie (aankruisen indien van toepassing)

	Cliënt heeft een CIZ indicatie	
	Aangeven aard van beschikking	

Huisarts

Naam	
Adres	
Postcode + Woonplaats	
Telefoon	
Fax	
Email	
Huisarts is op de hoogte van de verwijzing (noot1)	Ja of nee

Verzekering

Verzekeraar	
Polisnummer	
Ingangsdatum verzekering	

Apotheek

Naam	
Adres	
Telefoon- / faxnummer	

Verwijzer

Naam	
Naam contactpersoon	
Functie (Noot 2)	
Adres	
Postcode + woonplaats	
Telefoon	
Email	

Thalamus, polikliniek voor neuropsychiatrie

Gewenste deelprogramma (aankruisen indien van toepassing)

Ambulante programma's		Kliniek	
	Niet Angeboren Hersenletsel		Winkler Kliniek, NAH unit
	Ziekte van Parkinson		Winkler Kliniek, Korsakov unit
	Multiple Sclerose		Eikenhorst
	Korsakov		
	EMVG		
	LVG		
	Anders :		

Reden van verwijzing

Wat is de hulpvraag van de cliënt/cliëntsysteem/verwijzer aan de poli?

Aard van de problematiek

Feitelijke beschrijving van de problematiek en de context waarbinnen deze plaats vindt

Voorgeschiedenis

Wat is de voorgeschiedenis van de problematiek

Thalamus, polikliniek voor neuropsychiatrie

Diagnosen

Somatische diagnose
Psychiatrische diagnose

Eerdere contacten met de hulpverlening (aankruisen indien van toepassing)

	Wanneer dd-mm-jjjj
GGZ	
APZ	
AZ	
Verslavingszorg	
Anders :	

Psychodiagnostische gegevens (Noot 2) (aankruisen indien van toepassing)

Neuropsychologisch onderzoek
Intelligentieonderzoek
Psychiatrisch onderzoek
Neurologisch onderzoek
Aanvullend diagnostisch onderzoek anders :

Thalamus, polikliniek voor neuropsychiatrie

Medicatie

Huidige medicatie:
Relevante medicamenteuze voorgeschiedenis:

Middelengebruik; misbruik van (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Alcohol
<input type="checkbox"/>	Cannabis
<input type="checkbox"/>	Opiaten
<input type="checkbox"/>	Overig:

Schulden (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Clïënt heeft ernstige financiële problemen
<input type="checkbox"/>	Clïënt neemt deel aan een schuldsaneringsprogramma

Instemming cliënt (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Instemming cliënt
--------------------------	-------------------

Noten

- Noot 1: Aanmeldingen worden alleen geaccepteerd als uit de stukken blijkt dat een behandelend arts de verwijzing doet of actief ondersteunt
- Noot 2: Graag relevante verslagen meesturen