

Aanmelding

Expertisecentrum Neuropsychiatrie, Winklerkliniek

Datum aanmelding:

--

Persoonlijke gegevens

Familienaam	
Voorletters +roepnaam	
Geslacht	
Geboorteplaats + datum	
Huidige adres	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
Email	
Nationaliteit	
BSN nummer	

Burgerlijke staat (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Ongehuwd
<input type="checkbox"/>	Gehuwd, met
<input type="checkbox"/>	Gescheiden
<input type="checkbox"/>	Weduwe/weduwnaar

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:

Dagbesteding

Opleiding/beroep	
Werk	
Dagbesteding	

Contactpersoon

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Relatie t.o.v. cliënt	

Juridische status (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Vrijwillig
<input type="checkbox"/>	Crisismaatregel (CM), expiratiedatum:
<input type="checkbox"/>	Zorgmachtiging (ZM), expiratiedatum:

Bewindvoering

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	

Curatele

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	

Mentorschap

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	

CIZ-indicatie

Client heeft een CIZ-indicatie	
Aangeven aard van beschikking	

Huisarts

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Fax	
Email	
Huisarts is op de hoogte van de verwijzing ¹	Ja of nee

Verzekering

Verzekeraar	
Polis nummer	
Ingangsdatum verzekering	

Apotheek

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Fax	

Verwijzer

Naam	
AGB-code	
Naam contactpersoon	
Functie ²	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Email	

Huidige verblijfplek

Adres	
Afdeling	
Telefoonnummer	

Gewenst deelprogramma (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Niet Aangeboren Hersenletsel
<input type="checkbox"/>	Ziekte van Parkinson

¹ Aanmeldingen worden alleen geaccepteerd als uit de stukken blijkt dat een behandelend medisch specialist de verwijzing doet of actief ondersteunt

² Graag relevante verslagen en beeldvorming hersenen meesturen

<input type="checkbox"/>	Multiple Sclerose
<input type="checkbox"/>	Korsakov
<input type="checkbox"/>	Ziekte van Huntington
<input type="checkbox"/>	Anders:

Reden van verwijzing

Wat is de hulpvraag van de cliënt/cliëntstelsel/verwijzer aan de Winklerkliniek?

Aard van de problematiek

Feitelijke beschrijving van de problematiek en de context waarbinnen deze plaatsvindt :

Voorgeschiedenis

Wat is de voorgeschiedenis van de problematiek?

Diagnosen

Somatische diagnose:

Psychiatrische diagnose:

**Eerdere contacten met de hulpverlening
(aankruisen indien van toepassing)**

	Wanneer dd-mm-jjjj
<input type="checkbox"/>	GGZ
<input type="checkbox"/>	APZ
<input type="checkbox"/>	AZ
<input type="checkbox"/>	Verslavingszorg
<input type="checkbox"/>	Anders:

**Psychodiagnostische gegevens²
(aankruisen indien van toepassing)**

<input type="checkbox"/>	Neuropsychologisch onderzoek
<input type="checkbox"/>	Intelligentieonderzoek
<input type="checkbox"/>	Psychiatrisch onderzoek
<input type="checkbox"/>	Neurologisch onderzoek
<input type="checkbox"/>	Aanvullend diagnostisch onderzoek anders:

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
--------------------------	-------------------

Toesturen aan

Pro Persona
Aanmeldfunctionaris Winklerkliniek
Medisch Centrum
Postbus 27
6870 AA Renkum
Telefoon (026) 483 33 13
Fax (026) 482 14 96
Email: aanmelding.winklerkliniek@propersona.nl