

|  |
| --- |
| 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)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Ongehuwd |
|  | Gehuwd, met |
|  | Gescheiden |
|  | Weduwe/weduwnaar |

**Woonvorm (aankruisen wat van toepassing is)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gezin |
|  | Samenlevend |
|  | Alleenstaand |
|  | Bij ouders |
|  | Instelling: |
|  | Anders: |

**Dagbesteding**

|  |  |
| --- | --- |
| Opleiding/beroep |  |
| Werk |  |
| Dagbesteding |  |

**Contactpersoon**

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

**Juridische status** (aankruisen indien van toepassing)

|  |  |
| --- | --- |
|  | Vrijwillig |
|  | IBS, expiratiedatum: |
|  | Rechterlijke machtiging, 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]](#footnote-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]](#footnote-2) |  |
| Adres |  |
| Postcode + plaats |  |
| Telefoon |  |
| Email |  |

**Gewenst deelprogramma (aankruisen indien van toepassing)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Niet Aangeboren Hersenletsel |
|  | Ziekte van Parkinson |
|  | Multiple Sclerose |
|  | Korsakov |
|  | Ziekte van Huntington |
|  | Anders: |

**Reden van verwijzing**

|  |
| --- |
| Wat is de hulpvraag van de cliënt/cliëntsysteem/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 |
|  | GGZ |  |
|  | APZ |  |
|  | AZ |  |
|  | Verslavingszorg |  |
|  | Anders: |  |

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

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

**Medicatie**

|  |
| --- |
| Huidige medicatie: |
| Relevante medicamenteuze voorgeschiedenis: |

**Middelengebruik** **misbruik van (aankruisen indien van toepassing)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Alcohol |
|  | Cannabis |
|  | Opiaten |
|  | Overig: |

**Schulden (aankruisen indien van toepassing)**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Cliënt heeft ernstige financiële problemen |
|  | Cliënt neemt deel aan een schuldsaneringsprogramma |

**Instemming** cliënt (aankruisen indien van toepassing)

|  |  |
| --- | --- |
|  | 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.winklerliniek@propersona.nl](mailto:aanmelding.winklerliniek@propersona.nl)

|  |
| --- |
| @ Pro Persona 05.2019 |

1. Aanmeldingen worden alleen geaccepteerd als uit de stukken blijkt dat een behandelend arts de verwijzing doet of actief ondersteunt [↑](#footnote-ref-1)
2. Graag relevante verslagen en beeldvorming meesturen [↑](#footnote-ref-2)