

Aanmelding

Expertisecentrum Neuropsychiatrie,
Winklerkliniek

Datum aanmelding

--

Persoonlijke gegevens

Familienaam	
Voorletters + roepnaam	
Geslacht	
Geboorteplaats + datum	
Huidige adres	
Postcode + plaats	
Telefoonnummer	
E-mail	
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/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:

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, expiratiedatum:

Bewindvoering

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	

Curatele

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	

Mentorschap

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	

WMO/WLZ-indicatie (verplicht in te vullen)

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	Ja of nee

Verzekering

Verzekeraar	
Polisnummer	
Ingangsdatum verzekering	

Apotheek

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Fax	

Verwijzer

Naam/ Functie ¹	
AGB-code	
Naam contactpersoon	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Email	

Gewenst deelprogramma (aankruisen indien van toepassing)

<input type="checkbox"/>	Niet Aangeboren Hersenletsel
<input type="checkbox"/>	Ziekte van Parkinson
<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/cliëntensysteem/verwijzer aan de Winklerkliniek?

Aard van de problematiek

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

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

Voorgeschiedenis

Wat is de voorgeschiedenis van de problematiek?

Diagnosen

Somatische diagnose:
Psychiatrische diagnose:

Eerdere contacten met 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:

² **Graag relevante verslagen en beeldvorming hersenen op DVD meesturen**

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

Instemming cliënt (aankruisen indien van toepassing)

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

Dit formulier toesturen aan

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