

Aanmelding

Winkler polikliniek,
Expertisecentrum Neuropsychiatrie

Datum aanmelding

--

Dit formulier toesturen aan

Secretariaat Winkler polikliniek
Medisch Centrum
Postbus 27
6870 AA Renkum
t. (026) 483 33 13
f. (026) 482 14 96
Email: secretariaat.thalamus@propersona.nl

Persoonlijke gegevens

Familienaam	
Voorletters + roepnaam	
Geslacht	
Geboorteplaats + datum	
Huidige adres	
Postcode + woonplaats	
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/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 + woonplaats	
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 + woonplaats	
Telefoon	

Curatele

Naam	
Adres	
Postcode + woonplaats	
Telefoon	

Mentorschap

Naam	
Adres	
Postcode + woonplaats	
Telefoon	

CIZ-indicatie (aankruisen indien van toepassing)

Cliënt heeft een indicatie	
Aangeven aard van beschikking	

Huisarts

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

¹ Aanmeldingen worden alleen geaccepteerd als uit de stukken blijkt dat een huisarts / medisch specialist of bij ggz instellingen onderling, een regiebehandelaar de verwijzing doet of actief ondersteunt

Verzekering

Verzekeraar	
Polisnummer	
Ingangsdatum verzekering	

Apotheek

Naam	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
Fax	

Verwijzer

Naam/ Functie ²	
AGB-code	
Naam contactpersoon	
Adres	
Postcode + plaats	
Telefoon	
E-mail	

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"/>	Anders:

² Aanmeldingen worden alleen geaccepteerd als uit de stukken blijkt dat een huisarts / medisch specialist of bij ggz instellingen onderling, een regiebehandelaar de verwijzing doet of actief ondersteunt

den van verwijzing

Wat is de hulpvraag van de cliënt/cliëntensysteem/verwijzer aan de Winkler kliniek?

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 hulpverlening (aankruisen indien van toepassing)

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

Psychodiagnostische gegevens³ (aankruisen indien van toepassing)

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

Medicatie

Huidige medicatie:
Relevante medicamenteuze voorgeschiedenis:

³ **Graag relevante verslagen en beeldvorming (MRI/CT) meesturen**

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