## Dit aanmeldformulier geldt enkel voor (jong) volwassenen met een verstandelijke beperking en (het vermoeden van) psychiatrische problematiek. OPSY biedt consultatie, diagnostiek, advies, behandeling van cliënten en cliëntsysteem vanuit een integrale en multidisciplinaire aanpak.

## 

## Alleen een compleet ingevuld formulier inclusief verwijsbrief van arts of psychiater wordt in behandeling genomen.

**DATUM AANMELDING :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| persoonlijke gegevens van de cliënt die u aanmeldt | | | |
| Naam |  | | | |
| Voorletters |  | | | |
| Roepnaam |  | | | |
| Geboortedatum |  | | | |
| Geslacht |  | | | |
| Straatnaam & huisnummer |  | | | |
| Postcode & woonplaats |  | | | |
| Telefoonnummer |  | | | |
| Wettelijk vertegenwoordiger naam + tel. | bewindvoerder/ mentor/ curator/ voogd/nvt |  | | |
| Burgerlijke staat |  | | | |
| Opleiding |  | | **Afgerond** Ja  Nee | |
| Beroep |  | | | |
| Aantal kinderen |  | | | |
| BSN nummer (sofi nummer) |  | | | |
| Naam huisarts |  | | | |
| Adres& telefoonnummer huisarts |  |  | | |
| Postcode& woonplaats huisarts |  |  | |
| Leefsituatie | Zelfstandig/ binnen VG locatie/ klinische afdeling/ anders: …. | | |
| Correspondentie adres client  (indien anders dan woonadres) |  | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| gegevens aanmelder \*' | | | | |
| Naam | : | |  | |
| Adres | : | |  | |
| Telefoonnummer | : | |  | |
| E-mail | : | |  | |
| Functie+Instelling | : | |  | |
| \*' I**ndien MEE of Lunet zorg betrokken: aangeven wie als gedragsdeskundige verantwoordelijk is.** | | | | |
|  | | | | |
| Betrokken hulpverlenende instanties | | | | |
| Instantie | | Contactpersoon | | Adres / telefoonnummer |
|  | |  | |  |
| Emailadres |
|  |
|  | |  | |  |
| Emailadres |
|  |
|  | |  | |  |
| Emailadres |
|  |
|  | |  | |  |
| Emailadres |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| belangrijke betrokken anderen | | |
|  | Voorletters + Achternaam | Geboortedatum |
| Vader |  |  |
| Moeder |  |  |
| Verzorger |  |  |
| Partner |  |  |
| Kind 1 |  |  |
| Kind 2 |  |  |
| Kind 3 |  |  |
| Overig b.v. tante |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Wat is de behandelvraag? | | | |
|  | | | |
| Behandelvorm**:**  **klinisch**  **ambulant** | | | |
| Mate van verstandelijke beperking | | | |
| **IQ** |  | | |
| **Sociale redzaamheid** |  | | IQ gegevens onbekend |
| Volgens psychologisch onderzoek datum | |  | |
| Afgenomen door | |  | |
| Indien geen IQ gegevens bekend het genoten onderwijs vermelden: | | | |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Hulpverleningsgeschiedenis (graag een samenvatting)** |
|  |  |
|  | **relevante biografische, sociale en diagnostische gegevens; wonen en werken, sociaal netwerk;**  **(graag een samenvatting)** |
|  |  |
|  | **Relevante somatische gegevens** |
|  |  |
|  | **Huidige medicatie** |
|  |  |
|  | bijzonderheden |
|  |  |

**rapportage bijgevoegd** Ja  Nee

**VERWIJSBRIEF BIJGEVOEGD** Ja  Nee

**CLIENT IS OP DE HOOGTE VAN DE EIGEN BIJDRAGE**  Ja  Nee