## 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.

## 

## !! LET OP: 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 | : | |  | |
| \*' **Is er sprake van WLZ-financiering: Aangeven wie als gedragsdeskundige verantwoordelijk is.** | | | | |
|  | | | | |
| Betrokken hulpverlenende instanties | | | | |
| Instantie | | Contactpersoon | | 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 (graag rapportages in bijlagen) | | | |
| **IQ** |  | | |
| **Sociale redzaamheid** |  | | IQ gegevens onbekend |
| Volgens psychologisch onderzoek datum | |  | |
| Afgenomen door | |  | |
| Indien geen IQ gegevens bekend het genoten onderwijs vermelden: | | | |

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

**rapportage bijgevoegd** Ja  Nee

**VERWIJSBRIEF BIJGEVOEGD** Ja  Nee

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