|  |  |
| --- | --- |
| Datum: | Klik of tik om tekst in te voeren. |

**Leeswijzer**

* Bij voorkeur het formulier digitaal invullen alvorens te printen en te stempelen/ondertekenen.
* Indien u een screeningsinstrument zoals de Mirro heeft gebruikt, graag de resultaten bijvoegen.
* **We verzoeken u dringend alle velden in te vullen** (ook D t/m J) voor een snelle verwerking van uw verwijzing!

**A. Betreft verwijzing voor cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam cliënt: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Geboortedatum: | Klik of tik om een datum in te voeren. |
| Telefoon (vast/mobiel): | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| BSN: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adres: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Postcode: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Plaats: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| E-mail: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Verzekeraar en verz.nr: | Klik of tik om tekst in te voeren. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ja | nee | De cliënt geeft toestemming voor informatie uitwisseling |

**B. Betreft verwijzing naar Crosspoint (detox) / Psychiatrie & DD / 4 Life m/v***(doorhalen wat niet van toepassing is )*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Specialistische GGz |
|  | Generalistische basis GGz chronisch |

**C. Geef in de 1e kolom aan wat de primaire reden van aanmelding is  
 Geeft in de 2e kolom aan welke overige redenen van aanmelding er zijn**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Primair | Overig |  |
|  |  | Neurobiologische ontwikkelingsstoornissen (waaronder ASS, ADHD, ADD) |
|  |  | Schizofreniespectrum- en andere psychotische stoornissen |
|  |  | Bi-polaire stemmingsstoornis |
|  |  | Depressieve stemmingsstoornis |
|  |  | Angststoornis |
|  |  | Obsessieve-compulsieve en aanverwante stoornissen |
|  |  | Psychotrauma- en stressor-gerelateerde stoornissen |
|  |  | Dissociatieve stoornis |
|  |  | Somatisch-symptoomstoornis en verwante stoornissen |
|  |  | Voedings- en eetstoornissen |
|  |  | Disruptieve, impulsbeheersings- en andere gedragsstoornissen |
|  |  | Middelgerelateerde en verslavingsstoornissen |
|  |  | Persoonlijkheidsstoornissen |
|  |  | Overige psychische stoornissen |

**D. Actuele klachten en problematiek (Aard / duur / beloop / klachten)**

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**E. Voorgeschiedenis: eerdere hulpverlening (psychiatrische voorgeschiedenis; verslavingsgeschiedenis)**

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**F. Voorgaande relevante: behandelingen (tijdsaanduiding, Instelling / organisatie;   
diagnoses of reden van behandeling; korte inhoud behandeling + resultaat)  
*Opmerking: Relevante eindbrieven en onderzoeken graag meesturen***

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**G. Relevante correspondentie toevoegen.**

**H. Diagnostische overwegingen.**

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**I. Vraagstelling m.b.t. gewenste doel(en) van opname.**

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**J. Aanvullende gegevens**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ja | Nee |  |
| ja | nee | Er is sprake van contacten met politie / justitie.  *Indien ja, toelichting*: |
|  |  | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| ja | nee | Er is sprake van (risico op) suïcidaliteit of suïcidaliteit in het verleden.  *Indien ja, toelichting*: |
|  |  | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| ja | nee | Er is sprake van risicovol gedrag.  *Indien ja, toelichting*: |
|  |  | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| ja | nee | Er is sprake van allergieën.  *Indien ja, toelichting:* |
|  |  | Klik of tik om tekst in te voeren. |

**K. Actuele medicatie (incl. somatische medicatie)**

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**L. Somatische co-morbiditeit**

|  |
| --- |
| Klik of tik om tekst in te voeren. |

**M. Client is naast bij verwijzer óók in behandeling bij: naam instelling, naam hulpverlener; inhoud / doel van deze behandeling).**

|  |  |
| --- | --- |
|  | POH |
|  | GGz-instelling |
|  | Anders |
| Geef hieronder de gegevens op | |
| Klik of tik om tekst in te voeren. | |

**N. Aanvullende opmerkingen:** **Is client groepsgeschikt? Ja/nee** **Heeft client vaste- woon of verblijfplaats of eigen huisvesting? Ja/nee** **Is er een behandelplan na opname aanwezig + akkoord client hierover?**

**O. Gegevens van de verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam verwijzer: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Adres: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Postcode: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Plaats: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoon: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Telefoon voor collegiaal overleg: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| E-mail: | Klik of tik om tekst in te voeren. |
| Persoonlijke AGB-code van verwijzer | Klik of tik om tekst in te voeren. |

*(Zonder AGB-code is de verwijzing niet geldig!)*

**Soort verwijzer** *(aanvinken wat van toepassing is)*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Huisarts |
|  | Psychiater / medisch specialist |
|  | Bedrijfsarts |
|  | Jeugdarts / medewerker Centrum Jeugd en Gezin |

**Verwijzing voor de (poli)kliniek te**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Dordrecht |
|  | Rotterdam |
|  | Rotterdam, wijkpoli Lombardijen |
|  | Zeeland (Vlissingen) |
|  | Houten |
|  | Amersfoort |
|  | Veenendaal |

**Verwijzer stemt in met de algemene voorwaarden zoals bovengenoemd: overnemen met aanvinkmogelijkheden en vrije tekstveld voor eventuele toelichting.**

**Stempel / handtekening**

|  |
| --- |
|  |

Stuur het ingevulde formulier en eventuele bijlagen naar De Hoop via de e-mail: aanmelding@dehoop.org.   
  
Voor aanmelding via collega ggz-instelling (= verkorte aanmeldroute) kan rechtstreeks gemaild worden naar opname@dehoop.org.  
  
Verzending per brief: De Hoop ggz, Afdeling aanmelding (ATL), Provincialeweg 70, 3329 KP Dordrecht