**Aanmeldformulier vrijwillige opname volwassenen Sinai Centrum**

*Zo volledig mogelijk digitaal invullen, printen, ondertekenen, scannen en mailen naar: aanmeldingopnamekliniek@sinaicentrum.nl*

|  |
| --- |
| Aanmelding in het kader van: |

|  |  |
| --- | --- |
| Datum aanmelding | 19-9-2019 |

**Verwijzer / regiebehandelaar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam |  | Functie |  |
| Telefoonnummer |  | AGB-code |  |
| Bij afwezigheid bellen |  | Instelling |  |
| E-mail adres\* |  | Faxnummer\* |  |

**\* Na afronding van de behandeling sturen wij u een ontslagbrief per mail of fax. Houdt u daar a.u.b. rekening mee bij het invullen.**

**Personalia cliënt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Initialen |  | Geslacht |  |
| Achternaam |  | Geboortedatum |  |
| Adres |  | BSN |  |
| Postcode en plaats |  | Nummer zorgverzekering |  |
| Telefoonnummer |  | Voertaal |  |
| E-mail adres |  |  |  |

**Nb. Sinaï Centrum behandelt uitsluitend cliënten met een vrijwillige status én in een open setting.**

**Huisarts Apotheek**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam |  | Naam |  |
| Adres |  | Adres |  |
| Telefoonnummer |  | Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  | Faxnummer |  |
| Huisartsenpraktijk |  |  |  |

**Psychiatrische gegevens**

**Probleemstelling:***Beschrijvende diagnose (incl. recente ontwikkeling)*

|  |
| --- |
|  |

**DSM classificatie:**

|  |
| --- |
|  |

**Opnamedoelen:**

|  |
| --- |
|  |

**Verwachte duur van de opname:**

|  |
| --- |
|  |

**Bij aanmelding voor PTSS-behandeling:**

*Wat is er geprobeerd bij eerdere behandelpogingen? Wat was het effect?*

|  |
| --- |
|  |

**Medicatie:**  
*Huidige medicatie en relevante voorgeschiedenis*.

|  |
| --- |
|  |

**Is er sprake van suïcidaliteit?***Uitingsvorm beschrijven, relevante voorgeschiedenis m.b.t. TS/suicidaliteit.*

|  |
| --- |
|  |

**Is er sprake van middelengebruik of -afhankelijkheid?***Hoeveelheid gebruik actuele situatie en relevante voorgeschiedenis.*

|  |
| --- |
|  |

**Is er een voorgeschiedenis van agressie of zelfbeschadigend gedrag?**  
*Uitingsvorm beschrijven (incl. een inschatting van actuele risico’s).*

|  |
| --- |
|  |

**Samenwerking:**

*Zijn er bijzonderheden m.b.t. de motivatie, samenwerking, taalvaardigheid?*

|  |
| --- |
|  |

**Nazorg:**

Wat is de nazorg voor de cliënt na de opname?

|  |
| --- |
|  |

Wat is de woonsituatie van de cliënt na opname?

|  |
| --- |
|  |

Is het geregeld dat cliënt na opname verder kan met de traumaverwerking?

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

Zo ja, door wie gaat de traumaverwerking worden gegeven?

|  |
| --- |
|  |

**Handtekening regiebehandelaar / huisarts: Stempel instelling:**