**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:**