**Aanmeldformulier vrijwillige opname intensieve PTSS-behandeling Sinai Centrum**

*Zo volledig mogelijk digitaal invullen, printen, ondertekenen, scannen en mailen naar:*[*aanmeldingopnamekliniek@sinaicentrum.nl*](mailto:aanmeldingopnamekliniek@sinaicentrum.nl)

|  |  |
| --- | --- |
| Datum aanmelding |  |

**Verwijzer/regiebehandelaar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam |  | Functie |  |
| Telefoonnummer |  | AGB-code |  |
| Tel bij afwezigheid |  | Instelling |  |
| E-mailadres |  |  |  |

**Personalia cliënt**

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

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

**Huisarts                                                                                                Apotheek**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam |  | Naam |  |
| Adres |  | Adres |  |
| Telefoonnummer |  | Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  | Faxnummer |  |
| Huisartsenpraktijk |  | AGB-code |  |

**Probleemstelling:**   
*Beschrijvende diagnose*      

|  |
| --- |
|  |

**DSM-classificatie:**

|  |
| --- |
|  |

**Indextrauma/A-criterium PTSS-diagnose**

*NB: Onder A-criterium valt blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld door het zelf te hebben moeten ondergaan of getuige te zijn geweest terwijl dit anderen overkwam. Bij een feitelijke of dreigende dood van een familielid of vriend(in), moet(en) de gebeurtenis(sen) gewelddadig van karakter zijn of een ongeval betreffen.*

|  |
| --- |
|  |

**Intrusies/B-criterium PTSS-diagnose**

*NB: Hieronder vallen herbelevingen, nachtmerries, flashbacks, lichamelijke onprettige sensaties die index trauma gerelateerd zijn.*

|  |
| --- |
|  |

**Targets**

*Welke herinneringen/ beelden (waar cliënt het meeste last van heeft) wil de cliënt specifiek bij ons gaan behandelen? (Indien mogelijk targetlijst aanleveren)*

|  |
| --- |
|  |

**Is er al evidence based PTSS-behandeling gestart?**

*Met welke therapievorm(en) wordt gewerkt? Wat is het effect?*

|  |
| --- |
|  |

**Vervolgbehandeling PTSS:**

*Kan cliënt binnen een week na ontslag van opname de PTSS-behandeling bij u voortzetten? (Dit is een voorwaarde voor opname en dient door verwijzer zelf georganiseerd te worden)*

|  |
| --- |
|  |

**Gegevens vervolgbehandelaar:**

*(In verband met overdracht)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instelling |  | Functie |  |
| Naam |  | AGB-code |  |
| Telefoonnummer |  | Werkdagen |  |
| E-mailadres |  |  |  |

**Medicatie:**

|  |
| --- |
|  |

**Is er sprake van suïcidaliteit?**   
*Uitingsvorm beschrijven, relevante voorgeschiedenis, beschermende factoren*

|  |
| --- |
|  |

**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).*

|  |
| --- |
|  |

**Samenwerking:**

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

|  |
| --- |
|  |

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