

**Aanmeldformulier: Langdurige Zorg Kastelenstraat**

Graag z*o 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 |  | Indicatie |  |
| Is er een beschikking van het zorgkantoor? |  | Is er een juridische maatregel? |  |

**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:**

|  |
| --- |
|  |

**Psychische beperkingen:**

|  |
| --- |
|  |

**Lichamelijke beperkingen:**

*NB: Wij bieden langdurige zorg aan cliënten met een psychische grondslag. Enkelvoudige ADL zorg is enkel mogelijk.*

|  |
| --- |
|  |

**Indien er sprake is van dementie of een lichamelijke aandoening, wat is hiervan de prognose?**

|  |
| --- |
|  |

**Welke zorg is er momenteel aanwezig en hoe ziet deze eruit?**

|  |
| --- |
|  |

**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:**