

**Aanmeldformulier: Langdurige Zorg Kastelenstraat**

Graag z*o volledig mogelijk digitaal invullen, printen, ondertekenen, scannen en mailen naar:* *opname@arkin.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:**