

Na invulling mét bijlagen sturen naar:
 GGZ Oost Brabant, t.a.v. Zorgbureau,
 Kluisstraat 2, 5427 EM BOEKEL
 Telefoonnummer 0492 – 84 45 22

Aanmeldingsformulier Zorgtoewijzingscommissie LGGZ

Datum:

Naam cliënt(e):

Geb. datum:

Aanmelder: tel. nr.

Behandelaar: tel. nr.

Contactpers: tel. nr.

Verplichte bijlagen bij aanmelding:

- staat van inlichtingen (bijlage 1)
- bij externe aanmelding: toestemmingsformulier (bijlage 2)
- behandelplan / begeleidingsplan
- relevante correspondentie of verslaglegging over behandeling/begeleiding tot nu toe

Is cliënt(e) door CIZ geïndiceerd voor ZZP?

- nee: wat is de geschatte zorgzwaarte, de te verwachten ZZP?
- ja: CIZ- indicatie ZZP als bijlage toevoegen

Medische gegevens	
Beschrijvende diagnose	
DSM IV Classificatie	As I
	As II
	As III
	As IV
	As V
Diagnose vastgesteld door:	
Datum diagnose:	
Welke medicatie gebruikt cliënt(e):	

Medische gegevens	

Zorggegevens	
Gewenste ingangsdatum zorg	
Gewenste zorg (korte beschrijving)	
24-uurs zorg?	Regio:
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Boekel
<input type="checkbox"/> nee	<input type="checkbox"/> Boxmeer
<input type="checkbox"/> individueel wonen	<input type="checkbox"/> Helmond
<input type="checkbox"/> kleinschalig wonen	<input type="checkbox"/> Oss
<input type="checkbox"/> groepswonen	<input type="checkbox"/> Veghel
	<input type="checkbox"/> Rosmalen

Zorggegevens

Verblijf met (voortgezette) behandeling open gesloten:

Verblijf met begeleiding (wonen):

Bijlage 1 bij aanmeldformulier

Staat van inlichtingen (NAW-gegevens)			
Geboortenaam		Geslacht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v	
Tussenvoegsel(s) (voluit)		Voorletter(s)	
Voornamen (voluit)		Roepnaam	
Naam echtgenoot		Tussenvoegsel (voluit)	
Adres		Postcode + Woonplaats	
Telefoonnummer privé		GSM-nr telefoonnr (2)	
Geboortedatum cliënt		Geboorteplaats cliënt	
Geboorteland cliënt		Nationaliteit	
Geboorteland vader		Geboorteland moeder	
Burgerlijke staat	<i>(indien leeg of niet correct kruis dan één van de volgende opties aan)</i>		
	<input type="checkbox"/> (01) Ongehuwd (nooit gehuwd geweest) <input type="checkbox"/> (11) Ongehuwd samenlevend <input type="checkbox"/> (02) Gehuwd <input type="checkbox"/> (21) Geregistreerd partnerschap	<input type="checkbox"/> (03) Gescheiden <input type="checkbox"/> (31) Gehuwd (gescheiden levend) <input type="checkbox"/> (04) Weduwe/weduwnaar <input type="checkbox"/> (09) Onbekend	
Leefsituatie	<i>(indien leeg of niet correct kruis dan één van de volgende opties aan)</i>		
	<input type="checkbox"/> (10) Alleenstaand <input type="checkbox"/> (20) Ouder in éénoudergezin <input type="checkbox"/> (30) Met partner, zonder kind(eren) <input type="checkbox"/> (40) Met partner, met kind(eren) <input type="checkbox"/> (50) Als kind in een éénoudergezin <input type="checkbox"/> (60) Als kind in een meeroudergezin	<input type="checkbox"/> (70) Niet GGZ instelling (internaat, gevangenis, asielzoekerscentrum) <input type="checkbox"/> (80) GGZ Instelling: <input type="checkbox"/> (90) Zwervend / dakloos <input type="checkbox"/> (97) Anders: <input type="checkbox"/> (99) Onbekend	
Woonsituatie	<i>(indien leeg of niet correct kruis dan één van de volgende opties aan)</i>		
	<input type="checkbox"/> (10) Eigen huis (huur/koop) <input type="checkbox"/> (11) Pension / kosthuis / klooster <input type="checkbox"/> (12) Ouderlijk huis <input type="checkbox"/> (13) Op kamers <input type="checkbox"/> (14) Familie / kennissen / relatie <input type="checkbox"/> (15) Tehuis voor daklozen / sociaal pension <input type="checkbox"/> (16) Gastgezin <input type="checkbox"/> (17) Pleeggezin <input type="checkbox"/> (21) GGZ-instelling	<input type="checkbox"/> (22) TBS-kliniek <input type="checkbox"/> (28) Overige institutionele instelling <input type="checkbox"/> (29) Overige institutionele zorg <input type="checkbox"/> (62) Gezinsvervangend tehuis (GVT) <input type="checkbox"/> (64) Verzorgingshuis / rusthuis / bejaardentehuis <input type="checkbox"/> (93) Beschermende woonvorm <input type="checkbox"/> (97) Op straat / zwervend <input type="checkbox"/> (98) Anders, incl. asielzoekerscentrum <input type="checkbox"/> (99) Onbekend	
Beroepsniveau	<i>(indien leeg of niet correct kruis dan één van de volgende opties aan)</i>		
	<input type="checkbox"/> geschoolde arbeid <input type="checkbox"/> lagere employees <input type="checkbox"/> kleine zelfstandigen <input type="checkbox"/> middelbare employees	<input type="checkbox"/> hogere beroepen <input type="checkbox"/> huisman/-vrouw <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> onbekend	
Huisarts			
Naam huisarts			
Adres			
Postcode en woonplaats		Telefoonnr.	
Ziektekostenverzekering			
Naam verzekering			
Adres	Inschrijfnummer		
Postcode en woonplaats	Datum inschrijving		

Contactpersoon of huisgenoot, bijvoorbeeld samenwonende partner, dochter, zoon, broer, zus, oom, tante.

Achternaam contactpersoon		Geslacht <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> v
Tussenvoegsels (voluit)	Voorletter(s)	
Adres		
Postcode en woonplaats	Telefoonnr.	
Relatie tot cliënt	<input type="checkbox"/> Cliëntstelsel	

Bijlage 2 bij aanmeldformulier

TOESTEMMINGSFORMULIER

In het kader van de aanmelding verklaar ik hierbij toestemming te geven aan de Zorgtoewijzingscommissie LGGZ voor:

Het zo nodig opvragen van medische gegevens – waaronder diagnose testresultaten enz. - bij huisarts of andere behandelaar: ja nee

Het zo nodig gebruik maken van gegevens van personen of instellingen die mij zorg verlenen: ja nee

Het doorgeven van mijn gegevens aan de instelling die de zorg gaat verstrekken: ja nee

Naar waarheid ingevuld door:

Ondertekening door uzelf vanaf 16 jaar

Datum:

Plaats:

Handtekening:

Tel. nr.:

Ondertekening door vertegenwoordiger

Naam vertegenwoordiger in blokletters: Relatie tot zorgvrager: Tel. nr.:

Handtekening vertegenwoordiger:

Indien dit aanvraagformulier niet is ondertekend door uzelf, wat is daarvan de reden? Reden ¹:

Is deze aanvraag besproken met de vrager? ja
 nee, omdat:

Zijn er nog bijzonderheden die nog van belang zijn?
