

Aanmeldformulier

Dit is het aanmeldformulier van iHub Familiezorg Ambulant. Door dit formulier zo goed mogelijk in te vullen, helpt u ons om een goed beeld te krijgen, waardoor wij zo snel mogelijk de meest passende hulp kunnen bieden. Wij behandelen alle gegevens vertrouwelijk conform de geldende richtlijnen.

Verstuur het ingevulde aanmeldformulier per mail naar het aanmeldteam in uw regio.

Voor algemene vragen over het aanmeldproces verwijzen wij u naar de website of kunt u contact opnemen met het desbetreffende aanmeldteam.

Wie heeft dit aanmeldformulier ingevuld? Cliënt Ouder Verwijzer Anders _____

1. NAW+ gegevens cliënt

Voornaam * _____

Achternaam * _____

Geboortedatum * _____ BSN * _____

Geslacht * Vrouw Man Anders _____

Nationaliteit en spreektaal/-talen _____

Geheim adres * Ja Nee

Voor wie is dit geheim? * Ouder 1 Ouder 2 Anders _____

Straatnaam * _____ Huisnummer * _____

Postcode * _____ Woonplaats * _____

Financieel verantwoordelijke gemeente/Woonplaatsbeginsel * _____

Huidige woonsituatie * (meerdere opties mogelijk) Tweeoudergezin Eénoudergezin moeder Eénoudergezin vader Co-ouderschap Pleeggezin Adoptiegezin Zelfstandig Netwerk Zorginstelling

Overige opmerking(en) woonsituatie _____

Zorgverzekeraar (indien 18+) * _____

Polisnummer verzekering * _____

Huisarts * _____ Plaats * _____

Apotheek * _____

Juridische maatregel * Ja Nee Weet ik niet

Indien ja, meerdere opties mogelijk: (VOTS) Voogdij Pleegoudervoogdij Jeugdreclassering

Anders _____

Startdatum _____ Einddatum _____

Indien er een juridische maatregel is

Indien er een juridische maatregel is

2a. Schoolgegevens cliënt (Indien van toepassing)

Naam school * _____

Plaats school * _____

Schooljaar * _____ Onderwijsniveau _____

Perspectief op onderwijs * _____

Voor- & achternaam contactpersoon school _____

Telefoonnummer contactpersoon school _____

E-mail contactpersoon school _____

3. Verwijzer

Naam verwijzende instantie (GI/huisarts/lokaal team/etc.) * _____

Naam contactpersoon * _____

Functie contactpersoon verwijzende instantie * _____

AGB-code (indien van toepassing) _____

Straatnaam _____ Huisnummer _____

Postcode _____ Plaats _____

Telefoonnummer * _____

E-mail * _____

4. Overige betrokken hulpverleningsorganisaties

Overige betrokken hulpverleningsorganisaties *

(Naam instantie, contactpersoon, telefoonnummer & emailadres hulpverlener)

5a. Gegevens ouder 1 (indien van toepassing)

Voornaam * _____

Achternaam * _____

Geboortedatum * _____

Geslacht * Vrouw Man Anders _____

Heeft gezag? * Ja Nee

Gezaghouder akkoord met aanmelding? * Ja Nee

(Indien 16+) Cliënt akkoord met deelname ouder aan intake? * Ja Nee

Geheim adres * Ja Nee

Mag correspondentie ontvangen * Ja Nee

Straatnaam * _____ Huisnummer * _____

Postcode * _____ Woonplaats * _____

E-mail * _____

Telefoonnummer * _____

Nationaliteit en spreektaal/-talen * _____

Naam partner/belangrijke betrokkene(n) _____

Nemen deel aan hulpverleningstraject? Ja Nee

5b. Gegevens ouder 2 (indien van toepassing)

Voornaam * _____

Achternaam * _____

Geboortedatum * _____

Geslacht * Vrouw Man Anders _____

Heeft gezag? * Ja Nee

Gezaghouder akkoord met aanmelding? * Ja Nee

(Indien 16+) Cliënt akkoord met deelname ouder aan intake? * Ja Nee

Geheim adres * Ja Nee

Mag correspondentie ontvangen * Ja Nee

Hetzelfde adres als ouder 1 * Ja Nee

Straatnaam * _____ Huisnummer * _____

Postcode * _____ Woonplaats * _____

E-mail * _____

Telefoonnummer * _____

Nationaliteit en spreektaal/-talen * _____

Naam partner/belangrijke betrokkene(n) _____

Nemen deel aan hulpverleningstraject? Ja Nee

5c. Gegevens andere gezagshouder (indien van toepassing)

Voornaam * _____

Achternaam * _____

Geboortedatum * _____

Geslacht * Vrouw Man Anders _____

Gezaghouder akkoord met aanmelding? * Ja Nee

(Indien 16+) Cliënt akkoord met
deelname ouder aan intake? * Ja Nee

Geheim adres * Ja Nee

Straatnaam * _____ Huisnummer * _____

Postcode * _____ Plaats * _____

E-mail * _____

Telefoonnummer * _____

Nationaliteit en spreektaal/-talen * _____

Relatie tot cliënt * _____

5d. Overige gezinsleden

Voornaam *	Achternaam *	Relatie tot jeugdige *	Geboortedatum *	Wonend bij *	Bekend bij iHub? *
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

6. Actuele informatie

Reden van aanmelding *

(Geef hierbij een korte situatieschets en denk aan zorgen op het gebied van angst en stemming / gedragsproblematiek / complexe scheiding / hechting / trauma / leer- en ontwikkelproblematiek / veiligheid en veerkracht)

Hulpvraag & gewenste resultaten *

Hoe gaat het thuis? *

(Wat zijn de zorgen en wat gaat er goed?)

Hoe gaat het op school? *

(Wat zijn de zorgen en wat gaat er goed?)

Ontwikkeling & opgroeien *

Hoe gaat het eten?

(Denk aan afwijkende eetlust)

Hoe gaat het slapen?

(Denk aan inslaapproblemen,
doorslaapproblemen, slaapwandelen
en nachtmerries)

7. Voorgeschiedenis

Hulpverleningsgeschiedenis *

(Graag hier beschrijven welke eerdere
hulpverlening geweest is en wanneer)

Onderwijsgeschiedenis *

(Hoe ziet de schoolloopbaan er van
de jeugdige uit? Denk aan blijven
zitten of schoolwisseling)

Diagnostische gegevens *

(incl. DSM-diagnose en IQ-test resultaten)

Overige aanvullende informatie

8. Medische gegevens

Medische bijzonderheden *

Voorgeschreven medicatie

Medicatie *	Sinds *	Dosering *	Voorgeschreven door *	Medicatierouw *	
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Allergieën (incl. medische allergieën) * _____

9. Veiligheid

Veiligheidsrisico's *

10. Hoe nu verder?

(Indien 16+) Mogen we je beide ouder(s) en/of verzorger(s) uitnodigen op de intake? * Ja Nee Anders _____

Wie is er nog meer van belang bij de intake? _____

Kunnen de ouders en/of verzorgers in één ruimte zijn met elkaar? * Ja Nee

Zijn er lopende juridische zaken? * Ja Nee

Wanneer is onze hulpverlening geslaagd? _____

Overige aanvullende informatie

11. Handtekening verwijzer (indien geen losse verwijfsbrief)

Door te ondertekenen meldt de verwijzer de cliënt aan bij iHub Zorg B.V. *

Getekend door *

Datum *

Plaats *

Stempel *
