

Aanmeldformulier

Dit is het aanmeldformulier van iHub Onderwijs-Zorg-Combinaties. Met het onderstaande formulier meldt u aan voor een plek op onderwijszorglocaties (S2C of Behandeling en Onderwijs (BeO)). 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 * _____

Tandarts * _____

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 _____

Voor- & achternaam consulent samenwerkingsverband _____

Telefoonnummer consulent samenwerkingsverband _____

E-mail consulent samenwerkingsverband _____

TLV-nummer _____ Eindatum TLV _____

2b. Dagbesteding cliënt of Kinderdagverblijf

Naam aanbieder dagbesteding/KDV _____

Plaats dagbesteding/KDV _____

Groep _____

Voor- & achternaam contactpersoon dagbesteding/KDV _____

Telefoonnummer contactpersoon dagbesteding/KDV _____

E-mail contactpersoon dagbesteding/KDV _____

3. Verwijzer

Naam contactpersoon * _____

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

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

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
 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 * _____
 Geboorteland * _____
 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
 Geheim adres * Ja Nee
 Straatnaam * _____ Huisnummer * _____
 Postcode * _____ (Woon)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?)

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. 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? _____

Wanneer is onze hulpverlening geslaagd? _____

Overige aanvullende informatie _____

10. Handtekening ouders of gezaghebbenden

Door te ondertekenen melden de ouder(s) of gezaghebbende(n) de cliënt aan bij iHub Zorg B.V. *

Ouder/Gezaghebbende 1 *

Getekend door * _____ Datum * _____ Plaats * _____

Ouder/Gezaghebbende 2 *

Getekend door * _____ Datum * _____ Plaats * _____