

# Aanmeldformulier

Dit is het aanmeldformulier van iHub Pleegzorg & Gezinshuizen. 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.

## 1. NAW+ gegevens cliënt

Geheime plaatsing \*  Ja  Nee

Voor wie is dit geheim?  Ouder 1  Ouder 2  Anders \_\_\_\_\_

Voornaam \* \_\_\_\_\_

Achternaam \* \_\_\_\_\_

Geboortedatum \* \_\_\_\_\_ BSN \* \_\_\_\_\_

Geslacht \*  Vrouw  Man  Anders \_\_\_\_\_

Nationaliteit en spreektaal/-talen \_\_\_\_\_

Straatnaam \* \_\_\_\_\_ Huisnummer \* \_\_\_\_\_

Postcode \* \_\_\_\_\_ Woonplaats \* \_\_\_\_\_

Financieel verantwoordelijke gemeente/Woonplaatsbeginsel \* \_\_\_\_\_

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

Overige opmerking(en) woonsituatie \_\_\_\_\_

Zorgverzekeraar \* \_\_\_\_\_

Polisnummer zorgverzekering \* \_\_\_\_\_

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 (van herkomst) \* \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

## 2b. Kinderdagverblijf cliënt (Indien van toepassing)

Naam KDV \_\_\_\_\_

Plaats KDV \_\_\_\_\_

KDV groep \_\_\_\_\_

Voor- & achternaam contactpersoon KDV \_\_\_\_\_

Telefoonnummer contactpersoon KDV \_\_\_\_\_

E-mail contactpersoon KDV \_\_\_\_\_

## 2c. Dagbesteding cliënt (Indien van toepassing)

Naam aanbieder dagbesteding \* \_\_\_\_\_

Plaats dagbesteding \_\_\_\_\_

Groep \_\_\_\_\_

Voor- & achternaam contactpersoon dagbesteding \* \_\_\_\_\_

Telefoonnummer contactpersoon dagbesteding \* \_\_\_\_\_

E-mail contactpersoon dagbesteding \_\_\_\_\_

### 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

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

Stratnaam \* \_\_\_\_\_ 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

Geheim adres \*  Ja  Nee

Mag correspondentie ontvangen \*  Ja  Nee

Stratnaam \* \_\_\_\_\_ 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)

Hulpvraag & gewenste resultaten \*

Begeleidingsbehoefte \*

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?)

Sport & spel \*

(Benoem zowel de sport, als de interesses)

Gedrag \*

Ontwikkeling & opgroeien \*

Hoe gaat het eten? \*

(Denk aan een afwijkende eetlust)

Hoe gaat het slapen? \*  
(Denk aan inslaapproblemen,  
doorslaapproblemen, slaapwandelen  
en nachtmerries)

Persoonlijke hygiëne \*

Sociale omgang \*

Culturele achtergrond \*

Bezoekregeling \*

Netwerk \*

## 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)

## 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. Risicofactoren

Aandachtspunten \*

Risico (Leeg laten indien niet van toepassing)

Toelichting

1. Seksueel wervend/seksueel grensoverschrijdend gedrag	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
2. Mate van beïnvloedbaarheid	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
3. Omgang met andere deviante jongeren	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
4. Problemen met middelengebruik	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
5. Geringe oplossings-/copingsvaardigheden	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
6. Impulsiviteit/risicant gedrag	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
7. Problemen met emotieregulatie (bijv. agressie)	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
8. Zelfbepalend gedrag	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
9. Weglopen	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
10. Suicide	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
11. Automutilatie	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
12. Aanwijzingen loverboyproblematiek	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
13. Signalen van radicalisering	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____
14. Ingrijpende gebeurtenissen meegemaakt	<input type="checkbox"/> Laag <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Hoog	_____

## 10. Veiligheid

Veiligheidsrisico's \*

## 11. 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

---

---