|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum van aanmelding | |  | | | |
| **Cliëntgegevens** | | | | | |
| Achternaam | |  | | | |
| Voorletters | |  | Roepnaam |  | |
| Geboortedatum | |  | man  vrouw | | |
| Burgerservicenummer | |  | | | |
| Nationailteit | |  | | | |
| **Uw adresgegevens** | |  | | | |
| Straat/huisnummer | |  | | | |
| Postcode/woonplaats | |  | | | |
| Telefoon | |  | | | |
| E-mailadres | |  | | | |
| **Bij welke ziektekostenverzekeraar bent u verzekerd?** | | | | **Polisnummer:** | |
| **Leefsituatie** | | | | | |
| Alleenwonend | | | | | |
| Inwonende van een zorginstelling | | | | | |
| Thuiswonend bij ouders | | | | | |
| Andere huisgenoten, namelijk: | | |  | | |
| Anders, namelijk: | | |  | | |
| **Persoonlijke gegevens partner (indien van toepassing)** | | | | | |
| Achternaam | |  | | | |
| Voorletters | |  | Roepnaam | |  |
| Geboortedatum | |  | man  vrouw | | |
| Burgerservicenummer | |  | | | |
| **Kinderen (indien van toepassing)** | | | | | |
| Naam |  | | man  vrouw | | geboortedatum |
| Naam |  | | man  vrouw | | geboortedatum |
| Naam |  | | man  vrouw | | geboortedatum |
| Naam |  | | man  vrouw | | geboortedatum |
| **Heeft u een wettelijke vertegenwoordiger?** | | | Ja  Nee | | |
| Wat is de wettelijke relatie? | | | | | |
| Bewindvoerder | |  | | | |
| Curator | |  | | | |
| Ouder | |  | | | |
| Voogd | |  | | | |
| Mentor | |  | | | |
| **Ouder(s)** | | | | | |
| Naam en voorletter | |  | man  vrouw | | |
| Straat/Huisnummer | |  | | | |
| Postcode/Woonplaats | |  | | | |
| Telefoonnummer | |  | | | |
| E-mailadres | |  | | | |
| Geboortedatum | |  | | | |
| Burgerservicenummer | |  | | | |
| **Andere contactpersoon** | | | | | |
| Naam en voorletter | |  | man  vrouw | | |
| Straat/Huisnummer | |  | | | |
| Postcode/Woonplaats | |  | | | |
| Telefoonnummer | |  | | | |
| E-mailadres | |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Welk aanbod heeft u nodig?** | | | | |
| Wonen  Dagbesteding.  Wat zijn uw interesses? | | | | |
| **Motivatie aanmelding**  Kunt aangeven waarom u/uw cliënt naar uw mening baat heeft bij de aangevraagde ondersteuning?  Indien u al zorg krijgt bij een andere zorgaanbieder, kunt u dan omschrijven wat de reden is dat u van zorgaanbieder wilt veranderen? | | | | |
| **Heeft u een CIZ (Centrum indicatiestelling zorg)-indicatie aangevraagd?**  Ja  Nee  Zo nee: Wilt u deze z.s.m. aanvragen bij het CIZ **Let op!** De aanmelding wordt pas in behandeling genomen zodra de indicatie/beschikking is ontvangen. | | | | |
| **Om uw aanmelding in behandeling te kunnen nemen hebben we onderstaande schriftelijke informatie nodig:**   * Kopie huidig zorg-/begeleidings- of ondersteuningsplan * Resultaten van evaluaties * Kopie CIZ-indicatie * Hulpverleningsgeschiedenis. | | | | |
| **Aard van de beperking** Indien u met ja of twijfel antwoordt, wilt u dan een toelichting geven | | | | |
|  | ja | twijfel | nee | Toelichting |
| Verstandelijke handicap |  |  |  |  |
| Lichamelijke handicap  *Rolstoel gebonden* |  |  |  |  |
| Autistisch Spectrum Stoornis |  |  |  |  |
| Anders, namelijk: | | | | |
| **Hulpverleningsgeschiedenis** | | | | |
| **Overige opmerkingen**  Heeft u verder nog opmerkingen die van belang zijn voor deze aanmelding, maar niet in het voorgaande aan de orde zijn geweest, dan kunt u deze hieronder alsnog aangeven: | | | | |
| **Verwijzer gegevens** | | | | Niet van toepassing |
| Naam verwijzende instantie | | | |  |
| Voorletter(s) en achternaam | | | | Dhr. Mevr. |
| Functie | | | |  |
| Straat/huisnummer | | | |  |
| Postcode/Woonplaats | | | |  |
| Telefoon | | | |  |
| E-mailadres | | | |  |

Checklist voor verwijzer en cliënt

**Bijlagen**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Akkoordverklaring** | | |
| Hierbij verklaar ik:  Naam cliënt:  Geboortedatum:  Naam wettelijk vertegenwoordiger:  (indien van toepassing)  Akkoord te gaan met de aanmelding bij Tierelantuintje.  Ja  Nee  Tevens verklaar ik akkoord te gaan met eventuele uitwisseling van gegevens tussen de verwijzer, het CIZ en andere betrokken hulpverleners/behandelaars. Hierbij hoort ook het opvragen van medische gegevens bij huisarts of specialist. (indien nodig)  Ja  Nee  Ik geef permissie voor het gebruik van foto’s en video’ss voor intern gebruik.  Ja  Nee | | |
| **Handtekening cliënt en/of wettelijk vertegenwoordiger**  **Datum:**  **Plaats:** |  | **Handtekening verwijzer** |
|  | **Huisarts** | |
| Naam en voorletter |  | |
| Straat/Huisnummer |  | |
| Postcode/Woonplaats |  | |
| Telefoonnummer |  | |
|  | **Specialist 1** | **Specialist 2** |
| Naam en voorletter |  |  |
| Straat/Huisnummer |  |  |
| Postcode/Woonplaats |  |  |
| Telefoonnummer |  |  |
| Bijzonderheden: | | |
| Sla dit formulier op voor uw eigen administratie. **Daarna kunt u het formulier afdrukken, ondertekenen en opsturen naar:**  Tierelantuintje  Great Haersmawei 4  9216WG Oudega  t.a.v. cliëntadministratie | | |