

# AANMELDFORMULIER TRIAGE, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

## 1. Persoonsgegevens

Achternaam			
Roepnaam			
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw		
Geboortedatum			
Telefoonnummer		Mobiel	
Adres			
Postcode + woonplaats			
Huidig adres betreft:	<input type="checkbox"/> Bij ouders	<input type="checkbox"/> Zelfstandig	<input type="checkbox"/> Familie/kennissen <input type="checkbox"/> Zorginstelling
<u>E-mailadres</u> <sup>1</sup>			
Burgerservicenummer			
Zorgverzekering		Polisnummer	
Aanvullend verzekerd?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

*Indien van toepassing*

<b>Wettelijk vertegenwoordiger(s)</b> <sup>2</sup>	Naam:	Naam:
Relatie tot cliënt		
Adres		
Postcode, Woonplaats		
Telefoonnummer		
<u>E-mail adres</u>		

<b>Huisarts</b>	Naam:
Adres	
Postcode, Woonplaats	
Telefoonnummer	
<u>E-mailadres</u>	
<b>Apotheek</b>	

<b>Betrokken hulpverlener(s)</b>	Naam:	Naam:	Naam:
Functie			
Werkadres			
Telefoonnummer			
<u>E-mail adres</u>			

<b>Gegevens verwijzer</b>	Naam:
Instantie	
Telefoonnummer	
<u>E-mailadres</u>	

<sup>1</sup> Omdat wij hulp bieden die deels online plaatsvindt graag ook uw emailadres invullen en indien gewenst ook het emailadres van betrokkenen.

<sup>2</sup> De wettelijk vertegenwoordiger(s) kan/kunnen zijn de ouders/een ouder met gezag, voogd, curator / mentor, de schriftelijk gemachtigde, de echtgenoot of partner, een kind / broer / zus.

## 2. Wat is uw hulpvraag?

De hulpvraag van(uit perspectief van) de cliënt?

Eventueel met toelichting vanuit perspectief verwijzer en/of wettelijk vertegenwoordiger.

--

## 3. Hulpverlening

Is er hulpverlening<sup>3</sup> of behandeling op dit moment en/of in het verleden geweest?

Nee  Ja

Zo ja, door	
Sinds	
Doel(en)	
Bevindingen	

Zo ja, door	
Sinds	
Doel(en)	
Bevindingen	

*Verslag(en) indien aanwezig bijvoegen*

## 4. Diagnostiek

Is er al eerder onderzoek gedaan m.b.t. de problematiek en/of het niveau van functioneren?

Nee  Ja

Zo ja, wanneer?					
Door					
Conclusie(s)					
IQ gegevens (indien aanwezig)	TIQ:		Verbaal IQ:		Performaal IQ:

*Verslag(en) indien aanwezig bijvoegen*

<sup>3</sup> Denk aan begeleiding of verzorging, maar ook mantelzorg

## AANMELDFORMULIER TRIAGE, DIAGNOSTIEK EN BEHANDELING

### 5. Medische zaken

Spelen er op dit moment lichamelijke factoren die een rol kunnen spelen in de problematiek?

- Nee  
 Ja, namelijk:

Huidig medicatie-gebruik

- Nee  
 Ja, namelijk:

Geneesmiddel	Indicatie	Dosering
-	-	-
-	-	-
-	-	-
-	-	-

### 6. Overige opmerkingen voor de aanmelding

### 7. Financiering

Welke financiering is er momenteel aanwezig? Graag bewijs van deze financiering bij deze aanmelding meesturen.

- CIZ-indicatie; specifiek voor Behandeling (WLZ)  
 WLZ- indicatie; zorgzwaartepakket met VG of LG grondslag  
 Beschikking vanuit de jeugdwet  
 Beschikking vanuit de WMO  
 Er is geen financiering aanwezig

### 8. Overige aan te leveren gegevens:

1. Verwijzing van de huisarts.
  2. Eerdere rapportages m.b.t. diagnostiek en/of behandeling.
  3. Rapportage betreffende levensloop/ (hulpverlenings)geschiedenis: bijvoorbeeld een recent persoonlijk plan of een rapportage van school.
  4. Kopie van de huidige financiering (CIZ indicatie, beschikking en/of verzekeringspolis).

## 9. Verklaringen en ondertekening aanvraag

Om uw zorgvraag goed te kunnen beoordelen en om de juiste zorg te kunnen bieden is het van belang dat De Praktijk over de juiste gegevens beschikt. Daarnaast gaat een medewerker van De Praktijk mogelijk uw indicatie/beschikking aanvragen. Ook daarvoor ontvangen wij graag uw toestemming.

### Verklaring:

Cliënt en/of wettelijke vertegenwoordiger(s) geven toestemming voor:

-Het opvragen van gegevens bij de behandelend arts of huisarts of andere externe instanties
-Het gebruik van gegevens ten behoeve van het aanvragen van een eventuele indicatie/beschikking
-Het doorsturen van relevante rapportages naar de triagist van De Praktijk
-Het doorsturen van gegevens naar de huisarts van de cliënt
-Het <u>geanonimiseerd</u> doorsturen van behandelresultaten naar een landelijke databank (SBG)

### Naam en handtekening cliënt en/of de wettelijke vertegenwoordiger(s)<sup>4</sup>:

(handtekening)	(handtekening)
----------------	----------------

Naam cliënt:.....

Naam wettelijk vertegenwoordiger:.....

Datum:.....

Datum:.....

*Indien ouders gescheiden zijn, dan graag beide wettelijk vertegenwoordigers laten tekenen.*

### Dit aanmeldformulier graag met eventuele verslagen terugsturen naar:

De Praktijk

Antwoordnummer 98203

6500 VA Nijmegen.

088 - 7795020 (maandag t/m vrijdag tussen 10.00 en 12.00 uur).

Digitaal opsturen kan ook naar: [info@depraktijknijmegen.nl](mailto:info@depraktijknijmegen.nl)

#### 6 Toelichting:

*Is de cliënt jonger dan 12 jaar dan ondertekenen de ouder(s) of voogd.*

*Bij cliënten van 12 t/m 15 jaar tekenen zowel de cliënt als de ouder(s) of voogd.*

*Is de cliënt 16 of 17 jaar, en wilsbekwaam, dan volstaat de handtekening van de cliënt, wel wordt de ouder of voogd verzocht mee te ondertekenen.*

*Is de cliënt 16 of 17 jaar en wilsonbekwaam dan tekenen de ouders of voogd.*

*Wilsbekwame cliënten van 18 jaar en ouder tekenen zelf. Bij wilsonbekwaamheid wordt vanaf 18 jaar getekend door de mentor, curator of onbenoemde vertegenwoordiger (gemachtigde, echtgenoot, partner of familielid).*

## Machtiging aanvragen (her)indicatie bij het CIZ voor individuele diagnostiek of behandeling

Ondergetekende,:

Naam: .....

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Postcode en woonplaats: .....

gaat ermee akkoord, dat De Praktijk, zorgdraagt voor de aanvraag van een (her)indicatie bij het CIZ.

Mijn gegevens ten behoeve van de aanvraag voor zorg en voorzieningen zijn juist en naar waarheid door of namens mij verstrekt.

Ik geef mijn huisarts toestemming om (medische) gegevens aan het CIZ te geven, als dat nodig is voor het indicatieonderzoek.

Ik geef andere behandelaar(s) toestemming om (medische) gegevens aan het CIZ te geven, als dat nodig is voor het indicatieonderzoek.

Ik geef personen of organisaties die op dit moment zorgverlenen toestemming om (medische) gegevens aan het CIZ te geven, als dat nodig is voor het indicatieonderzoek.

Ik geef het CIZ toestemming de partij die de zorg voor mij aanvraagt te informeren over de procedurele voortgang van mijn aanvraag.

Ik geef het CIZ toestemming om het indicatiebesluit op basis van deze aanvraag en het indicatiebesluit op basis van een eventueel daarop volgend bezwaar en/of beroep met mijn huisarts te delen

De Algemene Verordening Gegevensverstrekking is op bovenstaande van toepassing.

---

Naam cliënt:

Handtekening cliënt:

Naam wettelijk vertegenwoordiger (indien van toepassing):

Handtekening wettelijk vertegenwoordiger:

Datum: