****

**AANMELDFORMULIER VOOR VERWIJZING NAAR DE KLINIEK INTENSIEVE BEHANDELING (KIB) of LANGDURIG INTENSIEVE ZORG (LIZ).**

Inforsa Consultteam KIB/LIZ

Postbus 75867

1070 AW Amsterdam

Tel.: 020-590 1140

Fax: 020-590 1136

E-mail: [opnameklinischintensief@inforsa.nl](mailto:opnameklinischintensief@inforsa.nl)

**Aanmelding voor:**  **KIB**  **LIZ** (*aanvinken door te dubbelklikken op het hokje en*

*‘ingeschakeld’ te sorteren)*

**Datum aanmelding:**

**Stuur dit formulier graag digitaal als Word-document naar bovenstaand e-mailadres**

**Let op: Alleen een volledig ingevuld aanmeldformulier wordt in behandeling genomen. De aanmeldingen die vóór dinsdagmiddag 17.00 uur binnen zijn, worden de daaropvolgende donderdag besproken.**

**NAW GEGEVENS**

|  |
| --- |
| Voorletters: Roepnaam:  Achternaam: Tussenvoegsel:  Geb. datum: |
| Geb. plaats (land): |
| Woon- en/of verblijfadres:  Postcode/woonplaats:  Tel.:  BSN: |

**HUISARTS**

|  |
| --- |
| Huisarts: |
| Adres: |
| Postcode/woonplaats: |
| Tel.: |

**VERZEKERING**

|  |
| --- |
| Verzekerd: ja nee |
| Zorgverzekeraar: |
| Polisnummer: |
| **Kopie verzekeringsbewijs meesturen**  Financiering:  ZVW  *Startdatum DBC:*  LGGZ (kopie indicatie meesturen)  *Startdatum LGGZ:*  *Kopie indicatie meesturen*  WLZ-pakket (kopie indicatie meesturen)  *Startdatum WLZ:* |
|  |

**VERWIJZER**

|  |
| --- |
| Instelling: |
| Naam verwijzend psychiater: |
| Adres: |
| Postcode/woonplaats: |
| Tel.: |
| Fax: |
| E-mail:  AGB-code psychiater:  Belangrijke andere betrokken hulpverleners:  Instelling:  Naam:  Tel.:  E-mail:  Contactgegevens Zorgadministratie:  Tel.:  E-mail:  **Hoofdverantwoordelijke met tekenbevoegdheid voor de samenwerkingsovereenkomst**:  Naam en functie:  Tel.:  E-mail: |

**CONTACTPERSONEN VOOR CLIËNT**

|  |
| --- |
| Naastbetrokkenen:  Tel.:  E-mail:  Adres:  Postcode/woonplaats:  **Aanvinken indien van toepassing:**  **Mentor**  **Bewindvoerder**  **Curator**  Gegevens:  Naam:  Tel.:  E-mail: |

**WETTELIJKE MAATREGEL**

|  |
| --- |
| Maatregel**:**  **ja /**  **nee** |
| **Soort maatregel** (aankruisen wat van toepassing is):  RM  IBS  Justitieel nl: |
| Begindatum: |
| Expiratiedatum: |
| **Kopie vonnis / beschikking van de maatregel meesturen** |

**AARD VAN DE ONTWRICHTING**

|  |
| --- |
| Wat is de aard van de ontwrichting, wat is er al geprobeerd en met welk resultaat? Graag zo uitgebreid mogelijk omschrijven: |
|  |
|  |

**DOEL VAN DE OPNAME**

|  |
| --- |
| Omschrijf graag zo concreet mogelijk uw hulpvraag: |
|  |

**BESCHRIJVENDE DIAGNOSE EN DSM -DIAGNOSE**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**SAMENVATTING / CONCLUSIE EERDERE KIB OPNAME(N) INDIEN VAN TOEPASSING**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**HUIDIGE MEDICATIE**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**Gaarne bijvoegen:**

* **Kopie legitimatie cliënt**
* **Kopie beschikking juridische maatregel**
* **Kopie indicatie (LGGZ/ WLZ)**
* **Kopie verzekeringsbewijs**