****

**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

**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**