# Aanmeldformulier voor verwijzing naar Inforsa Kliniek Intensieve

**Behandeling (KIB) of Langdurige Intensieve Behandeling (LIZ)**

E-mail dit formulier a.u.b. als Word-document naar: [opname@arkin.nl](mailto:opname@arkin.nl).

**Let op: Alleen een volledig ingevuld aanmeldformulier wordt in behandeling genomen. De KIB-aanmeldingen die vóór donderdag 12.00 uur binnen zijn, worden de daaropvolgende maandag besproken. De LIZ-aanmeldingen worden in de oneven weken op maandag besproken.**

**Gegevens aanmelding**

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |
| Aanmelding voor | KIB  LIZ |

**Cliëntgegevens**

|  |  |
| --- | --- |
| Roepnaam cliënt |  |
| Voorletters |  |
| Achternaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats en -land |  |
| Adres woon- of verblijfplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN nummer |  |

**Gegevens verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam verwijzend psychiater** |  |
| AGB-code |  |
| Instelling |  |
| Adres |  |
| Telefoonnummer |  |
| Faxnummer |  |
| E-mailadres |  |
| **Naam hoofdverantwoordelijke** | Gaat om degene met tekenbevoegdheid voor de samenwerkingsovereenkomst |
| Functie |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| **Naam / namen belangrijke betrokken hulpverleners** |  |
| Instelling(en) |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

**Verzekering**

|  |  |
| --- | --- |
| Is cliënt verzekerd? | ja  nee |
| Naam zorgverzekeraar |  |
| Polisnummer |  |

**Gegevens Zorgadministratie**

|  |  |
| --- | --- |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

**Gegevens huisarts**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam huisarts |  |
| Adres praktijk |  |
| Telefoonnummer |  |

**Contactpersonen voor cliënt**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam / namen naastbetrokkenen |  |
| Adres |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

**Is er sprake van toezicht?**

N.V.T.  Mentor  Bewindvoerder  Curator

Indien van toepassing graag onderstaande gegevens invullen

|  |  |
| --- | --- |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |

**Is er sprake van een crisismaatregel?**

Nee  RM  IBS  Justitieel, namelijk:  Zorgmachtiging

Indien van toepassing kopie vonnis / machtiging van de maatregel als bijlage meesturen en graag onderstaande data invullen

|  |  |
| --- | --- |
| Begindatum |  |
| Expiratiedatum |  |

**Financiering**

Welke financiering is van toepassing?

begindatum ZVW       (opname datum)

begindatum LGGZ\*:       (kopie indicatie meesturen)

begindatum WLZ\*:       (kopie indicatie meesturen)

**Wat is de reden dat u een aanmelding doet bij de KIB / LIZ:**

|  |
| --- |
|  |

**Welk ontwrichtend gedrag is zichtbaar op client- en / of op (behandel)team-niveau:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Wat zijn de oorzaken van het vastlopen van de behandeling volgens u en volgens cliënt:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Wat is uw doel voor opname op de KIB:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Wat is het doel van de cliënt :**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Wat moet er veranderd zijn wilt u weer verder kunnen met de behandeling van de cliënt:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

|  |
| --- |
|  |

**Beschrijvende diagnose en DSM-diagnose**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Samenvatting / conclusie eerdere KIB-opname**

Indien van toepassing

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Biografische gegevens**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Psychiatrische voorgeschiedenis**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Welke behandelingen en therapieën heeft cliënt gehad en met welk resultaat:**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Huidige medicatie**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Medicatievoorgeschiedenis**

|  |
| --- |
|  |
|  |

**Gaarne bijvoegen als bijlagen:**

* Kopie indicatie (LGGZ/ WLZ)\*
* Kopie zorgmachtiging\*

\*indien van toepassing