|  |  |
| --- | --- |
| **Datum aanmelding** |  |
| **Eerste filter** |  |
| Is er sprake van een juridisch kader? | Ja Nee |
| Heeft cliënt een vonnis met voorwaarde klinische opname? | Ja Nee |
| Bekend in veiligheidshuis? | Ja Nee |
| Geprioriteerd in veiligheidshuis? | Ja Nee |
|  |  |
| **Generiek** |  |
| Voornaam |  |
| Tussenvoegsel |  |
| Achternaam |  |
| BurgerServiceNummer |  |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats |  |
| Geslacht | Man  Vrouw |
| Nationaliteit |  |
| Burgerlijke staat |  |
| Telefoonnummer |  |
| Adres |  |
| Huidige verblijfsplaats |  |
| E-mailadres |  |
| Wettelijk vertegenwoordiger (mentor, curator, bewindvoerder) |  |
| Culturele herkomst |  |
| Opleidingsniveau |  |
|  |  |
| **Verwijzende instantie** |  |
| Naam instantie |  |
| Adres |  |
|  |  |
| **Verwijzer** |  |
| Voornaam |  |
| Tussenvoegsel |  |
| Achternaam |  |
| Functie |  |
| Organisatie |  |
| AGB-code |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
|  |  |
| **Huisarts** |  |
| Aanwezig | Ja Nee |
| Praktijknaam |  |
| Naam |  |
| Adres |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
|  |  |
| **Zorgverzekering** | Ja Nee |
| Maatschappij |  |
| Polis-nummer |  |
|  |  |
| **Verwijzing** |  |
| Aanwezig | Ja Nee |
| Verwijsbrief | Upload |
| Toelichting |  |
|  |  |
| **Toestemming** |  |
| Aanwezig | Ja Nee |
| Toestemmingsformulier | Upload |
| Opt-out formulier |  |
| Toelichting |  |
|  |  |
| **Betrokken instanties plus contactpersoon (benoemen wel of geen toestemming voor gegevensuitwisseling)** |  |
|  |  |
| **Waarom is het reguliere zorgaanbod niet toereikend? Wat is geprobeerd?** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aanmelding** |  |
| (vermoedelijke) DSM stoornis |  |
| Psychiatrische voorgeschiedenis |  |
| Toelichting op aanmelding |  |
| Zorgvraag |  |
| Hulpverleningsgeschiedenis |  |
| Is er sprake van verslavingsproblematiek? | Ja Nee |
| Toelichting op verslavingsproblematiek |  |
| Is er sprake van LVB problematiek? | Ja Nee |
| Is er vastgesteld dat deze problematiek voor het 18e levensjaar aanwezig was? | Ja Nee |
| Toelichting op LVB problematiek |  |
| Is er sprake van NAH problematiek? | Ja Nee |
| Toelichting NAH problematiek |  |
| Is er sprake van zedenproblematiek? | Ja Nee |
| Toelichting zedenproblematiek |  |
| Is er sprake van suïcidaliteit? | Ja Nee |
| Toelichting suïcidaliteit |  |
| Is er sprake van agressieproblematiek? | Ja Nee |
| Toelichting op agressie (aard) |  |
|  |  |
| **Juridische status** | Ja Nee |
| Justitiële titel |  |
| Begindatum |  |
| Expiratiedatum |  |
| Justitiële titels in voorgeschiedenis |  |
| Veroordeling(en) in voorgeschiedenis (aard delicten) |  |
| Aard geweld voorgeschiedenis |  |
|  |  |
| **WvGGZ en WZD** |  |
| Sprake van ZM (WvGGZ), RM of vw RM |  |
| Sprake van CM of IBS (WZD) |  |
| Startdatum |  |
| Einddatum |  |
| Eerder ZM, RM, CM of IBS gehad? |  |
|  |  |
| **Risico** |  |
| Sociaal maatschappelijke en juridische problemen |  |
| Arbeid/scholing/financiële situatie |  |
| Op welke levensgebieden zijn er risico's? |  |
| Overwegingen Zorg en Veiligheid (risico op agressie en geweld voor zichzelf of anderen?) |  |
| Wat zijn beschermende factoren? |  |
| Meest recente risicotaxatie | Upload |
|  |  |
| **Hulpvraag** |  |
| Wat is de hulpvraag / doelstelling van cliënt? |  |
| Bejegeningsadvies |  |
|  |  |
| **Biografische gegevens** |  |
| Gezinssituatie (familie, partner, kind) |  |
| Als kinderen: Is er sprake van ouderlijk gezag? | Ja Nee |
| Naasten plus telefoonnummer |  |
| Is er toestemming voor contact met naasten? |  |
|  |  |
| **Somatiek** |  |
| Huidige somatische gegevens |  |
| Somatische voorgeschiedenis |  |
| Huidige medicatie: |  |
| Medicatiegeschiedenis |  |
|  |  |
| **Huidige financieringsvorm:** | **Keuzeveld:** |
| **ZVW** | **ga naar vragen ZVW** |
| **WLZ** | **ga naar vragen WLZ** |
| **Jeugd** | **ga naar vragen Jeugd** |
|  |  |
| **ZVW** |  |
| **Indien ja:** |  |
| Startdatum opname |  |
| Vermoedelijke startdatum AWBZ |  |
| Indien patiënt op korte termijn overgaat naar AWBZ: |  |
| CIZ-indicatie aangevraagd? | Ja Nee |
| Welke ZZP : |  |
| Aangevraagde startdatum |  |
|  |  |
| **WLZ** |  |
| CIZ-indicatie aanwezig | Ja Nee |
| Hoogte ZZP : |  |
| Startdatum indicatie |  |
| Einddatum indicatie |  |
|  |  |
| **Jeugd** |  |
| Woonplaatsbeginsel? |  |
|  |  |
| **Overig** |  |
| Eventuele bijzonderheden |  |
| Extra wensen (huisbezoek, dringende problemen etc.) |  |
| WA verzekering/polisnummer |  |
| Crisiskaart aanwezig | Ja Nee |
|  |  |
| **Aanvullende informatie** | upload |
| Denk hierbij aan: Ontslagbrieven, Psychologische onderzoeken, voortgangsrapportages, UJD, PJ rapportage, adviesrapportages |  |
| Betrokken advocaat |  |
|  |  |
| **Apotheek** |  |
| Apotheek |  |
| Adres |  |
| Faxnr |  |
| Tel nr |  |
|  |  |
| **Gegevens tbv aanmelding voor Beveiligde intensieve zorg** |  |
| Datum aanmelding voor BIZ |  |
| Contactgegevens levensloopcasemanager (naam, telefoonnummer en emailadres) |  |
| Contactgegevens regiebehandelaar (psychiater) forFACT (naam, telefoonnummer en emailadres) |  |
| Doel BIZ (vraagstelling aan kliniek) |  |
| Gewenste hoogte beveiligingsniveau | 1  2 3 4 |
| Motivatie beveiligingsniveau |  |