

GEGEVENS AANMELDER

 Datum aanmelding

Naam <input type="text"/>	E-mail <input type="text"/>	Telefoonnummer <input type="text"/>	Betrokken sinds <input type="text"/>
---------------------------	-----------------------------	-------------------------------------	--------------------------------------

AANVRAAG INHOUDELIJK BESPROKEN MET OUDERS/ VERZORGERS/ CLIENT? JA NEE
BESCHRIJVING HUIDIGE PROBLEMATIEK

(Beschrijf de hoofdklacht en aanvullende anamnese)

BESCHRIJVING HULPVERLENINGSDOEL
R1 Sociaal en persoonlijk functioneren

R2 Herstel, vermindering en stabilisatie jeugdige

(Onderzoek en/ of behandeling)

R3 Opvoedondersteuning

(Versterken mogelijkheden ouders. Verbeteren van communicatie en veranderen van gezinspatronen)

RESULTATEN AFGENOMEN ONDERZOEK
Indien er onderzoek gedaan is, vermeld hier:

 Datum afname

 Onderzoekende instelling

Resultaten

GEGEVENS CLIENT

 Naam

 BSN

 Geboortedatum

 Geslacht
 Meisje Jongen

 Adres:
GEGEVENS MOEDER

 Naam

 Geboortedatum

 Telefoonnummer

 E-Mail

 Adres

 Gezag JA NEE
GEGEVENS VADER

 Naam

 Telefoonnummer

 E-Mail

 Adres

 Gezag JA NEE
SPREKEN NEDERLANDS

 JA NEE

HULPVERLENINGSGESCHIEDENIS

(Vermeld hier welke eerdere hulpverlening geboden is behaald zijn en het advies)

FUNCTIONEREN SCHOOL

Naam School

Leerjaar

Niveau

Contactgegevens mentor

Leerplicht betrokken JA NEE

Beschrijving observatie school

NETWERK

(korte beschrijving netwerk en sociale contacten cliënt/ ouders)

VEILIGHEIDSTAXATIE

Beschrijf de veiligheid binnen en buiten het gezin om

IS ER SPRAKE VAN

Kruis aan wat van toepassing is

	JA	NEE
Verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische beperking	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische beperking ouders/ verzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verslavingsproblematiek cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verslavingsproblematiek ouders/ verzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichamelijke beperking cliënt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lichamelijke beperking ouders/ verzorgers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er financiële zorgen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zijn er huisvestingsproblemen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

GEGEVENS HUISARTS

Naam

Praktijk

Tel

MEDICATIE CLIENT

Vermelden indien van toepassing

AANMELDING VOOR

E.J.GGZ

SAG

MDFT

**AANMELDING
VERZENDEN NAAR**

contact@thuissteamjeugd.nl

TELEFONISCHE PRE-INTAKE

Om uw cliënt toe te leiden naar de juiste zorg, kunt u als verwijzer uw voorkeur aangeven voor een pre-intake. Geef hieronder uw voorkeur op met wie u telefonisch in contact wilt komen.

- Enkelvoudige Jeugd GGZ (E.J GGZ)
- Specialistische Ambulante Gezinsbegeleiding (SAG)
- Multi Dimensionele Familie Therapie (MDFT)