Registratienummer

(in te vullen door Abrona)

**Aanmeldformulier Abrona Behandeling en Expertise**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **1. Cliëntgegevens** | | | | |
| Achternaam, voorletter(s) |  | Roepnaam |  | |
| Geboortedatum |  | Geslacht | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | | | |
| Postcode en woonplaats |  | BSN |  | |
| E-mailadres |  | Tel. nummer |  | |
|  |  | Mobiel nummer |  | |
| Zorgverzekeraar |  | Polisnummer |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Wettelijk vertegenwoordiger** | | | | | | | |
| U bent wettelijk vertegenwoordiger | ja (dan s.v.p. gegevens invullen) | | | nee (dan onder 3 gegevens contactpersoon invullen) | | | |
| Achternaam, voorletter(s) |  | | Geslacht | | | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | | | | | | |
| Postcode en woonplaats |  | | Tel. nummer | | |  | |
| E-mailadres |  | | Mobiel nummer | | |  | |
| Relatie tot cliënt | Ouder\*  Gezinsvoogd\* | Voogd  Mentor\*\* | | | Curator\*\*  Bewindvoerder\*\* | | |
| Bent u contactpersoon | ja | | | nee (dan gegevens onder 3 invullen) | | | |

**\*** Alleen mogelijk indien cliënt jonger is dan 18 jaar.

\* \* Graag ontvangt Abrona een kopie van de beschikking van de rechtbank.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Indien de wettelijke vertegenwoordiger niet de contactpersoon is voor maken van afspraken en het opvragen van informatie, dan graag hier gegevens van contactpersoon invullen** | | | | |
| Achternaam, voorletter (s) |  | Geslacht | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | Postcode |  | |
| Woonplaats |  | Tel. nummer |  | |
| E-mailadres |  | Mobiel nummer |  | |
| Relatie tot cliënt |  | | | |
| Naam organisatie |  | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **4. Huisarts** | | | | |
| Achternaam, voorletter (s) |  | Geslacht | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | | | |
| Postcode en woonplaats |  | Tel. nummer |  | |
| E-mailadres |  | Mobiel nummer |  | |

|  |
| --- |
| **5. Aanmelding Behandeling en Expertise** |
| Paramedische behandeling\*:  Fysiotherapie  Logopedie  Diëtetiek  Ergotherapie |
| Psychologische behandeling |
| Psychodiagnostisch onderzoek |
| Slaaponderzoek middels actiwatch |
| Consult arts verstandelijk gehandicapten (AVG)\* |
|  |

|  |
| --- |
| Er is ook een aanmelding bij Abrona gedaan voor Wlz-wonen, dagbesteding of WMO-begeleiding  (dit ter informatie voor de zorgadviseur) |

\* Huisartsenverwijzing is verplicht

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **6. Zijn er op dit moment andere hulpverleners bij u / de cliënt betrokken? Zo ja, wie** | | | | |
| A. Achternaam, voorletter (s) |  | Geslacht | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | Postcode |  | |
| Woonplaats |  | Tel. nummer |  | |
| E-mailadres |  | Mobiel nummer |  | |
| Organisatie |  |  |  | |
| B. Achternaam, voorletter (s) |  | Geslacht | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | Postcode |  | |
| Woonplaats |  | Tel. nummer |  | |
| E-mailadres |  | Mobiel nummer |  | |
| Organisatie |  |  |  | |

|  |
| --- |
| **Omschrijving hulpvraag/probleem:** Gebruikt u hiervoor alstublieft het format bij punt 11. |

|  |  |
| --- | --- |
| **7. Wat is uw huidige woonsituatie?** | **7. Wat doet u overdag?** |
| Inwonend bij ouders of familie | Bezoek school/ volg opleiding |
| Zelfstandig wonend | Betaalde baan |
| Zelfstandig wonend met partner/ gezin | Activiteitencentrum |
| Anders, namelijk | Anders, namelijk |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **8. In te vullen als diensten op basis van declaratie worden geleverd**  Indien cliënt in een **andere** Wlz-erkende instelling verblijft op basis van een ZZP 3 t/m 7VG inclusief behandeling, kan Abrona alleen consultatie, behandeling en diagnostiek verlenen op declaratiebasis. | | | | |
| Organisatie/afdeling/ locatie |  | | | |
| Naam financiële bevoegde |  | Geslacht | Man | Vrouw |
| Straat met huisnummer |  | Postcode |  | |
| Woonplaats |  | Tel. nummer |  | |
| E-mailadres |  | Mobiel nummer |  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **9. Als aanvulling bij uw aanmelding ontvangen wij graag aanvullende informatie** | |
| Bij wettelijke vertegenwoordiging: kopie van de beschikking van de rechtbank | Kopie IQ-/niveaubepaling en/of  psychodiagnostisch onderzoek |
| Kopie van de Wlz-indicatie (indien aanwezig) | Kopie psychologische of psychiatrische verslagen. |
| Verwijzing van de huisarts is nodig bij consultatie  AVG en paramedische behandeling | Kopie van recent zorgplan/ondersteuningsplan  schoolverslagen of rapportage over dagbesteding |
| Indien aanwezig: kopie (bewijs) RM of IBS | Kopie relevante (para)medische verslagen |

Op basis van de aanmelding wordt een behandeldossier geopend in een beveiligde omgeving. Uw gegevens worden vertrouwelijk behandeld.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **10. Akkoordverklaring aanmelding** | | | |
| **Ik verklaar dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en ga akkoord met de verwerking (op papier en digitaal) van mijn gegevens binnen Abrona.** | | | |
| Naam cliënt |  | Naam wettelijk vertegenwoordiger: |  |
| Handtekening cliënt |  | Handtekening wettelijk vertegenwoordiger |  |
| Datum: |  | | |

|  |
| --- |
| **11. Omschrijving hulpvraag/probleem** |
| **Waar heeft de cliënt het meeste last van? Wat is de hulpvraag/ onderzoeksvraag?  Volgens de cliënt zelf:** |
| **Waar heeft de cliënt het meeste last van? Wat is de hulpvraag/ onderzoeksvraag?  Volgens de contactpersoon (ouder, hulpverlener, verwant, etc.):** |
| **Wat is er al eerder geprobeerd om de last te verminderen (in begeleiding, eerdere therapie, diagnostiek, andere betrokken hulpverleners)?** |
| **Welke verandering wordt gewenst met het inzetten van diagnostiek of behandeling?** |
| **Hoe ziet het steunsysteem van de cliënt eruit?** |
| **Moeten er nog andere mensen uitgenodigd worden voor de intake, anders dan de contactpersoon?**  nee  ja, namelijk   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | Achternaam, voorletter (s) |  | Geslacht | Man | Vrouw | | Straat met huisnummer |  | Postcode |  | | | Woonplaats |  | Tel. nummer |  | | | E-mailadres |  | Mobiel nummer |  | | | Betrokkenheid |  |  |  | | |

**U kunt zich als volgt aanmelden:**

U kunt dit formulier en benodigde informatie per post of gescand per e-mail versturen.   
Dit formulier moet voorzien zijn van een handtekening.

|  |  |
| --- | --- |
| **Per e-mail  Via e-mailadres: behandelingexpertise@abrona.nl** | **Per post** (geen postzegel)    **Abrona Behandeling en Expertise T.a.v. de zorgadviseur**  **Antwoordnummer 2**  **3700 WB Zeist** |

**Bij de 1e afspraak wordt uw ID gecontroleerd, deze graag meenemen voor de identificatiecontrole.**

**Vervolg aanmelding:**

Na ontvangst van dit formulier neemt de zorgadviseur contact met u op over uw aanmelding.

Abrona Behandeling en Expertise is tijdens werkdagen telefonisch bereikbaar op telefoonnummer 088 201 9302 of via [behandelingexpertise@abrona.nl](mailto:behandelingexpertise@abrona.nl)