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/ofpsychodiagnostisch onderzoek |
| Kopie van de Wlz-indicatie (indien aanwezig) | Kopie psychologische of psychiatrische verslagen. |
| Verwijzing van de huisarts is nodig bij consultatieAVG en paramedische behandeling | Kopie van recent zorgplan/ondersteuningsplanschoolverslagen 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-mailVia e-mailadres: behandelingexpertise@abrona.nl** | **Per post** (geen postzegel)**Abrona Behandeling en ExpertiseT.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