In geval van een **spoedaanmelding** bel met 073-6585333, optie 3.

Zonder dit telefonisch overleg wordt de casus als reguliere aanmelding afgehandeld.

**LET OP:** Alleen volledig ingevulde verwijsformulieren die voorzien zijn van alle relevante documenten worden in behandeling genomen! Deze gegevens zijn noodzakelijk voor het inschatten van de zorgvraag.

**Gegevens verwijzer**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam verwijzer: |  |
| Adres: |  |
| Postcode / woonplaats: |  |
| functie |  |
| AGB code verwijzer: |  |
| Telefoonnummer: |  |
| E-mail adres: |  |
| Datum van invullen: |  |

**Gegevens aanmelding**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Heraanmelding: | ja | nee |
| Bij ja: geven ouders/cliënt\* toestemming het oude dossier in te zien? | ja | nee |
| Geven ouders/cliënt\* toestemming voor deze verwijzing | ja | nee |
| Geven ouders/cliënt\* toestemming voor het delen van de gegevens op dit verwijsformulier | ja | nee |
| Broer(s) en/ of zus(sen) bekend bij Herlaarhof? | ja | nee |
| Bij ja: Geven ouders/cliënt\* toestemming het oude dossier in te zien? | ja | nee |

* Bij cliënt ouder dan 12 jaar

**Cliëntgegevens**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Voorletters: |  | BSN: |  |
| Achternaam: |  | Geslacht: | Man  Vrouw |
| Adres: |  | Roepnaam: |  |
| Postcode: |  | Geboortedatum: |  |
| Woonplaats: |  | Telefoonnummer\*: |  |
| Huisarts: naam adres en plaats |  | | |

*\* Alleen invullen als het kind 16 jaar of ouder is.*

**Gegevens ouders/gezagdragers**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Naam moeder |  | | | Naam vader: | | |  | |
| telefoon |  | | | telefoonnummer: | | |  | |
| mobiel nummer: |  | | | Mobiel nummer: | | |  | |
| E-mail |  | | | E-mail | | |  | |
| Adres |  | | | Adres | | |  | |
| Burgerlijke staat  Ouders: | gehuwd | | gescheiden | | | onbekend | | |
| weduwstaat | | samenwonend | | |  | | |
| Ouderlijk gezag: | beide ouders | alleen moeder | | | alleen vader | | OTS: | anders nl:    Vul hieronder gegevens in |
| naam, adres en telefoonnummer van gezagdrager(s): | |  | | | | | | |

**Verwijzing betreft afdeling**

|  |  |
| --- | --- |
| Polikliniek | Jeugdhulpverlening ambulant |
| Kliniek | Jeugdhulpverlening verblijf |

**Aanmeldklachten volgens verwijzer**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Angst- en spanningsklachten | | Klachten m.b.t. werk /studie | | |
| Gedragsklachten | | Psychotische klachten | | |
| Identiteitsklachten | | School- en leerklachten | | |
| klachten n.a.v. traumatische gebeurtenis(sen) | | Stemmingsklachten | | |
| Klachten m.b.t. de opvoeding | | Overige: | | |
| Toelichting *(beschrijf zo concreet mogelijk de klachten)* | | | | |
| Klachten m.b.t. leggen van contacten | |  | | |
| Complexiteit omgeving: | hoog | | gemiddeld | laag |
| Transculturaliteit van groot belang: | ja | | nee |  |
| Licht verstandelijk beperkt: | ja | | nee |  |
|  |  | |  |  |
| Luxerend moment: | | | | |
| Hulpvraag (Benoem zo concreet mogelijk de verwachtingen vanuit ouders en jeugdige over de inzet van Herlaarhof) | | | | |

**Huidige en eerdere hulpverlening en betrokken instanties**

|  |
| --- |
| Huidige interventies/behandelingen  *Evaluatie/eindverslag of brief toevoegen*  *Verslag speltherapie / fysiotherapie / logopedie toevoegen* |
| Medicatie bij aanmelding:  *Naam, dosering, sinds wanneer:* |
| Eerdere behandelingen:  *Evaluatie/eindverslag of brief toevoegen*  *Verslag speltherapie / fysiotherapie / logopedie toevoegen* |
| Lichamelijke toestand:  *Medische gegevens toevoegen* |
| Onderwijssituatie  Volgt de cliënt onderwijs?  Waar?  Is er sprake van verzuim?):  *Schooladviesverslag toevoegen*  *IQ verslag toevoegen* |
| Overige betrokken hulpverleners: (s.v.p. naam en telefoonnummer vermelden indien bekend)  *Verslag jeugdhulp toevoegen* |
| Overige:  *Plan van aanpak gemeente toevoegen* |

**Houding t.o.v. aanmelding**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Zijn beide gezagsdragers, en cliënt indien ouder dan 16 jaar, akkoord met de aanmelding? | ja | nee |

|  |
| --- |
|  |

**Huidige leefsituatie**

|  |
| --- |
| Gezin en dergelijke: |

**LET OP:** Alleen volledig ingevulde verwijsformulieren die voorzien zijn van alle relevante documenten worden in behandeling genomen! Deze gegevens zijn noodzakelijk voor het inschatten van de zorgvraag.

Na invulling opsturen naar:

Herlaarhof

t.a.v. Aanmelding en Consultatie Herlaarhof

postbus 10150

5260 GB Vught

Voor informatie: bel (073) 658 53 33 optie 3

Het formulier is te downloaden via www.Herlaarhof.nl -> informatie voor verwijzers