

Verwijzende instelling:	
Adres:	
Postcode / woonplaats:	
Functie verwijzer:	
Nummer beschikking:	
Telefoonnummer:	
E-mail adres:	
Datum van invullen:	

Gegevens aanmelding/traject:

Heraanmelding:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Herlaarhof biedt uitsluitend specialistische zorg		

In geval van acuut en spoed bellen (!) met 073-6585333

Zonder telefonisch overleg wordt de casus regulier afgehandeld

Cliëntgegevens:

Voorletters:		BSN:	
Achternaam:		Geslacht:	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Adres:		Roepnaam:	
Postcode:		Geboortedatum:	
Woonplaats:		Telefoonnummer*:	
Huisarts:			

* aub. alleen het 06-nummer van ouder/verzorger opgeven indien het kind jonger dan 16 jaar is

Gegevens ouders/ gezagdragers:

Naam moeder		Naam vader:	
06 nr. moeder:		06 nr. vader:	
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> gehuwd	<input type="checkbox"/> gescheiden	<input type="checkbox"/> onbekend
Ouders:	<input type="checkbox"/> weduwstaat	<input type="checkbox"/> samenwonend	
Ouderlijk gezag:	<input type="checkbox"/> beide ouders	<input type="checkbox"/> alleen moeder	<input type="checkbox"/> alleen vader
			<input type="checkbox"/> OTS <input type="checkbox"/> anders nl:
Naam en adres gezagdrager(s):			
BSN gezagdrager:			
Broer(s) en/ of zus(sen) bekend bij Herlaarhof?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	

Verwijzing betreft afdeling:

<input type="checkbox"/> Polikliniek	<input type="checkbox"/> Jeugdhulpverlening ambulante
<input type="checkbox"/> Kliniek	<input type="checkbox"/> Jeugdhulpverlening verblijf

Aanmeldklachten volgens verwijzer:

Hulpvraag (gelieve zo concreet mogelijk de verwachtingen van de inzet van Herlaarhof benoemen):	
Luxerend moment:	
Categorie:	
<input type="checkbox"/> Angst- en spanningsklachten	<input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. werk /studie
<input type="checkbox"/> Gedragsklachten	<input type="checkbox"/> Psychotische klachten
<input type="checkbox"/> Identiteitsklachten	<input type="checkbox"/> School- en leerklachten
<input type="checkbox"/> klachten n.a.v. traumatische gebeurtenis(sen)	<input type="checkbox"/> Stemningsklachten
<input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. de opvoeding	<input type="checkbox"/> Overige:

<input type="checkbox"/> Klachten m.b.t. leggen van contacten			
Complexiteit omgeving:	<input type="checkbox"/> hoog	<input type="checkbox"/> gemiddeld	<input type="checkbox"/> laag
Transculturaliteit van groot belang:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	
Licht verstandelijk beperkt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	

Houding t.o.v. aanmelding:

Hoe staan cliënt/ouders tegenover de aanmelding:

Huidige leefsituatie:

Gezin en dergelijke:

Huidige interventies/behandelingen bij cliënt (betrokkenheid sociaal wijkteam/ betrokken instanties):

Eerdere behandelingen (s.v.p. begeleidingstrajecten en andere relevante info als bijlage toevoegen):

Lichamelijke toestand:

Onderwijssituatie (Volgt de cliënt onderwijs? Waar? Is er sprake van verzuim?):

Overige betrokken hulpverleners: (s.v.p. naam en telefoonnummer vermelden indien bekend)

Overige:

Medicatie bij aanmelding:

Naam, dosering, sinds wanneer:

LET OP: Alleen volledig ingevulde verwijsformulieren worden in behandeling genomen!

Na invulling opsturen naar:

Herlaarhof

t.a.v. Aanmelding en Consultatie Herlaarhof

postbus 10150

5260 GB Vught

Handtekening verwijzer:.....

Of mailen naar: ach@reiniervanarkel.nlFaxen naar: 073 - 658 5355. Voor informatie bel: 073-6585333. Het formulier is te downloaden via www.Herlaarhof.nl -> informatie voor verwijzers