



Aanmeldformulier CVBP

Vul het aanmeldformulier zo volledig mogelijk in. Op basis van jouw informatie kan ons aanmeldteam je aanmelding zorgvuldig beoordelen en het intakegesprek goed voorbereiden.

Heb je vragen of hulp nodig? Neem dan contact met ons op.
aanmeldingencentrumvbp@ggzdrenthe.nl
0592-334100

Voor verwijzen naar het CVBP is nodig:

- Verwijsbrief is van de huisarts / medisch specialist. Vermeld daarbij de vermoedelijke diagnose en dat het een verwijzing betreft voor de Specialistische GGZ en de AGB-code van de verwijzer.
- Een ingevuld aanmeldformulier CVBP.
- Aanvullende relevante inhoudelijke dossier informatie (IQ gegevens, behandelplan, hulpverleningsgeschiedenis).

Centrum Verstandelijke Beperking en Psychiatrie
Postbus 30014
9404 LL ASSEN
Telefoon (0592) 334 100
aanmeldingencentrumvbp@ggzdrenthe.nl





Cliëntgegevens

Datum	
Roepnaam cliënt	
Geslacht	☐ M ☐ V ☐ Anders, namelijk:
Voorletters	
Achternaam	
Geboortedatum	
Geboorteplaats en -land	
Adres woon- of verblijfplaats	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
BSN-nummer	
Burgerlijke staat	☐ Ongehuwd ☐ Gescheiden ☐ Gehuwd ☐ Anders, namelijk:
Woonvorm	☐ Woont zelfstandig ☐ Woont zelfstandig met ambulante begeleiding ☐ Bij ouders ☐ Woont in een instelling met verblijf ☐ Anders, namelijk:
Identiteitsbewijs	☐ Paspoort ☐ ID-kaart ☐ Rijbewijs ☐ Vreemdelingendocument
Documentnummer	
Einddatum geldigheid	

Opleiding/ beroep

Omschrijving school/ werkverleden	
Wat is de huidige daginvulling?	

Is er sprake van toezicht?

☐ N.v.t.
 ☐ Mentor *
 ☐ Bewindvoerder
 ☐ Curator *

*Indien van toepassing graag onderstaande gegevens invullen + beschikking meesturen

Naam	
Adres	
Telefoonnummer	
E-mailadres	





Indicatie/ financiering

Is er sprake van een Wmo/Wlz-indicatie? *

☐ Wmo

☐ Wlz

Zorgprofiel

☐ ZIN

☐ PGB

Sprake van meerzorg

☐ Ja

☐ Nee

Geldig tot

Naam dossierhouder

AGB-code dossierhouder

Is er sprake van een wettelijke maatregel?

☐ N.v.t.

☐ Wvvgz CM/ZM

☐ Wzd IBS/RM

☐ Justitieel, namelijk:

*Indien van toepassing kopie vonnis / beschikking van de maatregel als bijlage meesturen en graag onderstaande data invullen

Begindatum

Expiratiedatum

Dossierhouder

Verzekering

Is cliënt verzekerd?

☐ Ja

☐ Nee

Naam zorgverzekeraar

Polis nummer

Gegevens huisarts/ apotheek

Naam huisarts

Adres praktijk

Telefoonnummer

Naam en plaats Apotheek

Gegevens aanmelder/verwijzer

Naam verwijzer/ functie

Organisatie

Adres + huisnummer

Postcode + woonplaats

Telefoonnummer

E-mail adres





Gegevens contactpersonen / betrokken hulpverleners

Voor- en achternaam		Aanwezig bij intake?
Relatie tot patiënt		☐ Ja ☐ Nee
Adres		Aanwezig bij evaluaties?
Telefoonnummer		☐ Ja ☐ Nee
E-mailadres		

Voor- en achternaam		Aanwezig bij intake?
Relatie tot patiënt		☐ Ja ☐ Nee
Adres		Aanwezig bij evaluaties?
Telefoonnummer		☐ Ja ☐ Nee
E-mailadres		

Voor- en achternaam		Aanwezig bij intake?
Relatie tot patiënt		☐ Ja ☐ Nee
Adres		Aanwezig bij evaluaties?
Telefoonnummer		☐ Ja ☐ Nee
E-mailadres		

Voor- en achternaam		Aanwezig bij intake?
Relatie tot patiënt		☐ Ja ☐ Nee
Adres		Aanwezig bij evaluaties?
Telefoonnummer		☐ Ja ☐ Nee
E-mailadres		

Voor- en achternaam		Aanwezig bij intake?
Relatie tot patiënt		☐ Ja ☐ Nee
Adres		Aanwezig bij evaluaties?
Telefoonnummer		☐ Ja ☐ Nee
E-mailadres		





Aanmelding

Is de patiënt op de hoogte van de aanmelding? Zo ja, hoe staat hij/zij hier tegenover?

☐ Patiënt is niet op de hoogte van de aanmelding, graag reden vermelden hierboven

Wat is de reden van de aanmelding?

(Welke klachten ervaar je, waar loop je tegenaan? Wat is er gebeurd waardoor de klachten zijn ontstaan? Hoe zien de klachten eruit?)

Wat is de specialistische psychiatrische behandelvraag?





Achtergrond informatie

Wat is het niveau van functioneren? (IQ, emotioneel, adaptief)

Beschrijvende diagnose en DSM diagnose

Hoe ziet de woonsituatie/context eruit?

Indien van toepassing hoeveel begeleiding is er betrokken? (uren/per week/per dag)

Welke behandelinzet is al gedaan en wat is het resultaat geweest? * (*graag verslaglegging meesturen)





Huidige medicatie

(evt. actuele deellijst meesturen als bijlage)

Overig

Is er sprake van suïcidaliteit?

☐ Ja ☐ Nee Indien ja, graag toelich-

Is er sprake van verslavingsproblematiek?

☐ Ja ☐ Nee Indien ja, graag toelich-

Is er sprake van agressief gedrag/geweld?

☐ Ja ☐ Nee Indien ja, graag toelich-

Is er speciale zorg nodig? (Verzorging, ADL, medische verzorging)

☐ Ja ☐ Nee Indien ja, graag toelich-





Vergeet je afspraak niet!

Berichtenservice via sms-bericht of e-mailnotificatie

We helpen je graag jouw afspraak te herinneren. Dat kan via mobiel (sms) of e-mail. Je ontvangt twee dagen van tevoren een bericht om je te herinneren aan jouw eerstvolgende afspraak.

Deze service kost jou niets. Jouw gegevens blijven vertrouwelijk en worden niet aan anderen doorgegeven.

Geef hieronder aan of je gebruik wilt maken van de berichtenservice en zo ja, of je via sms of via e-mail een herinnering wilt ontvangen voor jouw afspraak.

Mobiel telefoonnummer

☐

Ik geef toestemming voor herinnerings-sms'jes

E-mailadres

☐

Ik geef toestemming voor herinneringsmails