**Voor de verschillende vormen van ggz is altijd een verwijzing of een indicatie nodig. U kunt uw cliënt het beste verwijzen via** [**ZorgDomein**](https://zorgdomein.nl/)**. Mocht u niet aangesloten zijn op ZorgDomein, gebruik dan dit formulier en stuur het volledig ingevuld naar het centraal aanmeldpunt Fornhese, Postbus 1589, 1300 BN Almere.**

**Voor acute situaties kunt u bellen met het centraal aanmeldpunt van Fornhese 088-1340400.**

|  |
| --- |
| **Gegevens verwijzer** |
| Naam **verwijzer** |  |
| Voorletters |  |
| AGB-code verwijzer (indien van toepassing) |  |
| Functie |  |
| Adres |  |
| PC + woonplaats |  |
| Telefoon |  |
| E-mail verwijzer |  |
| Datum verwijzing |  |
| Type verwijzer | O huisartsO jeugdartsO medisch specialistO ggz instellingO Veilig ThuisO Centrum Jeugd en GezinO wijkteamO anders |
| Handtekening verwijzer + praktijkstempel |  |
|
|
|

|  |
| --- |
| **Cliëntgegevens** |
| Achternaam cliënt |  |
| Voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Geslacht | O jongen O meisje |
| Adres |  |
| PC + woonplaats |  |
| Telefoon nr. (vast) |  |
| Mobiel nummer |  |
| BSN-nummer |  |
| E-mailadres cliënt |  |
| verzekering |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens ouder/gezagdrager 1 / Moeder** |
| Meisjesnaam moeder |  |
| Voorletters |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| PC + woonplaats |  |
| Telefoon nr. (vast) |  |
| Mobiel nummer |  |

|  |
| --- |
| **Gegevens ouder/gezagdrager 1 / Vader** |
| Achternaam vader |  |
| Voorletters |  |
| Geboortedatum |  |
| Adres |  |
| PC + woonplaats |  |
| Telefoon nr. (vast) |  |
| Mobiel nummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Burgerlijke staat ouders** | O gehuwdO samenwonendO gescheidenO weduwe / weduwnaar |
| **Ouderlijk gezag** | O beide oudersO alleen moederO alleen vaderO OTSO anders, nl. |
| **Zijn er broers of zussen** **bekend bij Fornhese?** | O jaO nee |
|  |  |

1. **Hulpvraag volgens verwijzer?**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wat denkt u, als verwijzer dat er aan de hand is?**(om de vermoede DSM-stoornis aan te geven kunt u één of meer vakjes aankruisen)

O stoornis in de ontwikkeling (bv. autisme) O gedragsproblemen

O psychotische klachten O somatoforme stoornis

O psychische stoornis door somatische aandoening O dissociatieve stoornis

O aan middelen gebonden stoornis O schizofrenie en andere psychotische stoornis

O angst- , dwang en/of stemmingsproblematiek, tics O eetstoornis

O school- en/of leerproblemen O slaapstoornis

O persoonlijkheidsstoornis O stoornis in de impulsbeheersing

O problemen n.a.v. een traumatische gebeurtenis O anders: ………………………………………

1. **Complexiteit/ Ernst van de problematiek: O laag O matig O hoog**

|  |
| --- |
| Complexiteit / ernst:Duur van de klachten:Luxerend moment:Is er sprake van zelfbeschadiging? |

1. **Huidige leefsituatie**

|  |
| --- |
| Gezins / woonsituatie:Onderwijssituatie: Welke onderwijs volgt de cliënt? Is er sprake van verzuim? |

1. **Eerder hulpverlening of behandeling (voorgeschiedenis):**

*(wilt u gegevens voorgaande behandeling meesturen?)*

|  |
| --- |
| Individueel:Gezinsplan / een gezin, een plan! |

1. **Medicijngebruik:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Voorkeur behandellocatie**O Almere
O Lelystad
O Hilversum
O Ermelo
O Amersfoort