

Kinder- en jeugdpsychiatrie AANMELDFORMULIER

U kunt cliënten bij ons aanmelden via ZorgDomein. Bent u niet aangesloten op ZorgDomein? Maak dan gebruik van dit aanmeldformulier. Wilt u het formulier zo volledig mogelijk invullen en ondertekenen? Dan kunnen wij uw verwijzing zo snel mogelijk verwerken.

Heeft u inhoudelijke vragen of wilt u vooroverleg over een aanmelding? Dan kunt u tijdens kantooruren contact opnemen met de aanmeldcoördinator, telefoonnummer 06-281 364 04 of via aanmeld-info@yulius.nl. Voor vooroverleg specifiek over gezinspsychiatrie kliniek kunt u mailen naar: aanmeldingenkompas@yulius.nl.

Heeft u vragen over het aanmeldproces? Dan kunt u contact opnemen met de afdeling DZA Aanmeldingen KJP, telefoonnummer 088-405 1111 (ma t/m vr 09.00-17.00 uur) of via dza-aanmeldingenkjp@yulius.nl.

Hoe werkt het?

1. Sla het aanmeldformulier op en vul het digitaal in
2. Print het uit en voeg een stempel en handtekening toe
3. Voeg relevante bijlagen toe
4. Verstuur het via :
 - ZorgMail e-mailadres: dza-aanmeldingenkjp@yulius.nl
In verband met de privacy van uw cliënt willen wij u wijzen op de risico's van het gebruik van onbeveiligde mailomgevingen.
 - Of per post naar:
Aanmelding & informatie
Postbus 211
2990 AE Barendrecht

AANMELDING EN SCREENING

Aanmelding voor:

- Specialistische zorg Yulius
- BGGZ (plus) tot 18 jaar (Rotterdam, MVS en BAR)
- BGGZ tot 18 jaar (ZHZ, Rotterdam, MVS en BAR)

Aanmelding is:

- Regulier
- Urgent (aanmelder neemt telefonisch contact op met een aanmeldcoördinator via telefoonnummer 06-281 364 04 of e-mailadres: aanmeld-info@yulius.nl)

GEGEVENS VERWIJZER

Geldige verwijzers zijn:

- voor alle leeftijden: arts / medisch specialist
- voor <18 jaar kan ook: jeugdarts, wijk-/jeugdteam, gecertificeerde instelling
(Gecertificeerde instellingen zijn instellingen die van overheidswege gecertificeerd zijn om kinderbeschermingsmaatregelen en maatregelen in het kader van de jeugdreclassering te mogen uitvoeren).
- verpleegkundig specialist.
- hoofdaannemer (Rijnmond) in geval van aanmelding voor co-behandeling

LET OP: Is de verwijzer een wijk-/jeugdteam of gecertificeerde instelling? De aanmelding kan alleen in behandeling worden genomen als het plan is bijgevoegd waaruit blijkt dat het wijk-/jeugdteam of een gecertificeerde instelling betrokken is. (Voor de regio Rijnmond geldt bovendien dat wij na onze intake graag betrokken zijn bij de samenstelling van het arrangement.)

Naam			
Functie			
AGB-code*			
Straat		Huisnr.	*Niet nodig voor wijk- /jeugdteam / gecertificeerde instelling)
Postcode	Plaats		
E-mailadres			
Telefoonnummer			

GEGEVENS CLIËNT

Achternaam			
Voorletter(s)			
Voornaam			
Geslacht	<input type="radio"/> Man	<input type="radio"/> Vrouw	
Geboortedatum			
BSN			
Straat		Huisnr.	
Postcode	Plaats		
Telefoonnummer			
E-mailadres			
Zorgverzekeraar*		Polisnr.	* (verplicht indien cliënt 18 jaar of ouder is)
Apotheek			
Huisarts			

GEGEVENS OUDER(S) EN/OF VERZORGER(S)

Moeder

Achternaam en voorletter(s)

Straat

Huisnr.

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Vader

Achternaam en voorletter(s)

Straat

Huisnr.

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Gezagsdrager naam en contactgegevens (indien cliënt nog geen 18 jaar is):

Moeder

Vader

Anders, namelijk

Naam

functie

Straat

Huisnr.

Postcode

Plaats

Telefoonnummer

E-mail gezagsdrager

REDEN VERWIJZING

Vermoeden van welke psychiatrische stoornis(sen)*

Maximaal 450 tekens.

***Verplicht in te vullen!**

Reden verwijzing

Vraagstelling

Heeft u meer informatie? Voeg het toe als bijlage

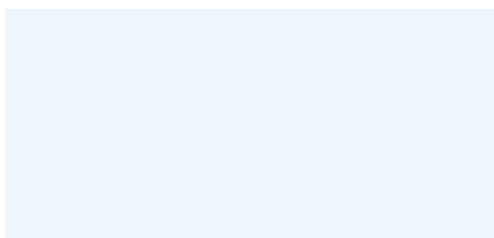
ONDERTEKENEN

Met deze aanvraag verklaar ik dat de aanmelding met cliënt en/of ouders/ verzorgers besproken is. Tot aan intake blijft de verwijzer verantwoordelijk voor de behandeling van cliënt.

Datum aanmelding

Handtekening verwijzer

Stempel



AANVULLENDE GEGEVENS

Psychiatrische
voorgeschiedenis

**Graag eerdere
verslagen onderzoek
meesturen**

IQ (indien bekend)

Huidige behandeling

Medicatie actueel

Overige bijzonderheden

**Somatiek, sociale
omstandigheden,
verslavingsproblematiek,
gezinsomstandigheden**

Betrokken andere
zorgaanbieders

AANMELDING VOOR SPECIFIEK BEHANDELAANBOD

Verwijst u een gezin? Vul vraag 1. in.

Verwijst u een kind/jeugdige? Vul dan vraag 2. En 3 in.

1. Aanmelden gezinslid voor:

- Gezinspsychiatrie polikliniek (hele gezin; alleen SGGZ)
- Gezinspsychiatrie deeltijd (hele gezin; alleen SGGZ)
- Gezinspsychiatrie kliniek (hele gezin; alleen SGGZ)

Overige gezinsleden die ook aangemeld worden:

- | | | | |
|---------------------------------|------------------------------|------|------------|
| <input type="checkbox"/> Vader | | | geb. datum |
| <input type="checkbox"/> Moeder | | | geb. datum |
| <input type="checkbox"/> Broer | <input type="checkbox"/> Zus | naam | geb. datum |
| <input type="checkbox"/> Broer | <input type="checkbox"/> Zus | naam | geb. datum |
| <input type="checkbox"/> Broer | <input type="checkbox"/> Zus | naam | geb. datum |
| <input type="checkbox"/> Broer | <input type="checkbox"/> Zus | naam | geb. datum |

LET OP: voor elk gezinslid (ouders en kinderen) is een apart verwijsformulier noodzakelijk. Wij vragen hier uitsluitend naar de namen van de overige gezinsleden, zodat duidelijk is welke gezinsleden bij elkaar horen.

2. Aanmelden kind/jeugdige voor:

- Autisme
- Crisisopname (alleen SGGZ)
- FACT Jeugd (alleen SGGZ)
- Bedreigde persoonlijkheidsontwikkeling en persoonlijkheidsstoornissen
- Gedragsproblemen/-stoornis
- Hechting en trauma
- Licht verstandelijke beperking en psychiatrie
- Psychose
- Ticstoornissen
- ADHD
- Angst- & Stemmingsstoornissen
- Poli jonge kind (0-6 jaar) (alleen SGGZ)
- Poli zorg en onderwijs
- anders, namelijk

3. behandeling:

- diagnostiek
- poliklinisch
- deeltijd
- klinisch
- nog niet bekend

Verwijzer heeft aanmelding besproken met een aanmeldcoördinator of behandelaar Yulius:

- Nee
- ja

Zo ja, wat is er besproken