



**VAN DER HOEVEN  
KLINIEK**

Willem Dreeslaan 2  
3515 GB Utrecht  
Postbus 174  
3500 AD Utrecht

T +31(0)30 – 275 82 75  
F +31(0)30 – 275 82 00

[www.hoevenkliniek.nl](http://www.hoevenkliniek.nl)

*Sla dit document op op uw computer voor het invullen ervan*

## **Aanmeldformulier - de Voorde (zorgmachtiging)**

*Gelieve onderstaande gegevens zo volledig mogelijk in te vullen*

Datum:

### **AANMELDING BETREFT**

Naam cliënt:

Roepnaam:

Voornamen (voluit):

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

Geslacht:  Man  Vrouw

Nationaliteit:

Telefoon:

Adres:

Postcode en woonplaats:

BSN-nummer:

Beroep:

Godsdienst:

### **FAMILIE**

Op de hoogte?  Ja  Nee

Contactpersoon:

Telefoonnummer:

Bijzonderheden netwerk:

Wettelijke vertegenwoordiger:

## HUISARTS/ZIEKTEKOSTEN

Huisarts

Naam:

Telefoonnummer:

Adres:

Postcode/woonplaats:

Zorgverzekeraar:

Polisnummer:

AWBZ eigen bijdrage:            Ja            Nee            Aangevraagd op

Indicatie soort:                    ZVW startdatum aan een gesloten klinische zorg;  
LGGZ ;indien LGGZ dan graag checklist meesturen  
WLZ; soort indicatie            GGZ7B            SGLVG  
Anders, namelijk:

*NB: Bij de telling van aaneengesloten verblijf wordt een onderbreking van ten hoogste 30 dagen niet als onderbreking beschouwd, deze dagen tellen echter niet mee voor de berekening van de 365/1.095 dagen. In afwijking van voorgaande geldt dat onderbrekingen wegens weekend- en vakantieverlof wel meetellen voor de berekening van de 365/1.095 dagen.*

## VERWIJZER GEGEVENS

Naam:

Telefoonnummer:

AGB-code verwijzer:

Instelling/afdeling:

AGB-code instelling:

Postadres:

Postcode/plaatsnaam:

Fax:

E-mail:

Contactpersoon:

## CONTACTPERSOON (tevens bevoegd tot tekenen van de terugnamegarantie!)

Naam:

Relatie:

Adres (afdeling):

Telefoonnummer:

Postcode/plaatsnaam:

E-mail:

## MAATREGEL

Maatregel: Ja Nee

Soort maatregel: RM Zorgmachtiging

IBS

Anders, namelijk:

Begindatum:

Expiratiedatum:

<b>IN HET GEVAL VAN EEN ZORGMACHTIGING AANKRUISEN WELKE ELEMENTEN VAN VERPLICHTE ZORG ZIJN TOEGEKEND;</b>
---

Toedienen van vocht, voeding en medicatie, alsmede het verrichten van medische controles of andere medische handelingen en therapeutische maatregelen, ter behandeling van een psychische stoornis, dan wel vanwege die stoornis, ter behandeling van een somatische aandoening;

Beperken van bewegingsvrijheid;

Insluiten;

Uitoefenen van toezicht op betrokkene;

Onderzoek aan kleding of lichaam;

Onderzoek van de woon- of verblijfsruimte op gedragsbeïnvloedende middelen en gevaarlijke voorwerpen;

Controleren op de aanwezigheid van gedragsbeïnvloedende middelen;

Aanbrengen van beperkingen in de vrijheid het eigen leven in te richten, die tot gevolg hebben dat betrokkene iets moet doen nalaten, waaronder het gebruik van communicatiemiddelen;

Beperken van het recht op het ontvangen van bezoek;

Opnemen in een accommodatie;

Ontnemen van de vrijheid van betrokkene door hem over te brengen naar een plaats die geschikt is voor tijdelijk verblijf.

## DOCUMENTEN

Kopie legitimatie cliënt: Ja Nee

Kopie beschikking RM/IBS/ZM: Ja Nee

Kopie beschikking overige juridische maatregelen:

Kopie beschikking CIZ Ja Nee

Overige:

## **AARD VAN DE ONTWRICHTING**

## **BEHANDELVRAAG**

(omschrijf deze zo nauwkeurig mogelijk: behandelduur, vervolgtraject na opname KIB)

## **INSCHATTING SUÏCIDALITEIT**

## **PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS + KLINISCHE OPNAMEDUUR VOOR OVERPLAATSING KIB + ONTSLAGBRIEVEN VAN ALLE OPNAMES**

## **ACTUELE SITUATIE**

Huidige daginvulling:

Netwerk:

Financiële situatie:

Woonsituatie:

Eventuele begeleiding:

Justitiële  
voorgeschiedenis  
+ lopende zaken:

Reclasseringstoezicht:

## **SOMATISCHE VOORGESCHIEDENIS**

### **LICHAMELIJK ONDERZOEK**

#### **BLOEDONDERZOEK**

#### **MIDDELENGBRUIK**

**BIOGRAFISCHE GEGEVENS** (opvoedsituatie, scholing, arbeid, etc.)

**SOCIALE SITUATIE**

**MEDICATIEGESCHIEDENIS**

**HUIDIGE MEDICATIE**

**BESCHIKBARE PO'S** (+ originelen opsturen)

**IQ**

**BESCHRIJVENDE DIAGNOSE EN DSM-DIAGNOSE VOLGENS DSM V**

**INSCHATTING (RECIDIVE) GEVAARLIJKHEID/VERHOOGDE RISC-SCHALEN:**

**OVERIGE BIJZONDERHEDEN**

## IS PATIËNT ELDERS AANGEMELD/AFGEWEZEN:

### OPLEIDINGSNIVEAU (hoogst genoten niveau aankruisen)

- 10. Onderwijs aan kleuters
- 20. Basisonderwijs
- 32. VMBO-praktijk
- 33. LBO
- 42. MBO-1 en MBO-2 (= leerjaar 1 en 2, ook als men daar 3 jaar over doet)
- 43. HAVO, VWO, MBO-3 en MBO-4 (= leerjaar 3 en 4, ongeacht hoelang men daarover doet)
- 52 HBO-bachelor
- 53. WO-bachelor
- 60. HBO-master / WO-master
- 70. Postdoctoraal

Dit aanmeldformulier geldt enkel voor cliënten die specifiek worden aangemeld voor Kliniek Intensieve behandeling (KIB).

U kunt het aanmeldformulier met de bijgevoegde stukken opsturen naar:

Van der Hoeven Kliniek  
afdeling Plaatsingen  
Postbus 174  
3500 AD Utrecht

Of per e-mail: [plaatsingen@hoevenkliniek.nl](mailto:plaatsingen@hoevenkliniek.nl)

Heeft u vragen omtrent de aanmelding dan kunt u contact opnemen met afdeling Plaatsingen:  
Loraine Soebhag en Jasmijn Beumer, tel. 030-2758256

Van der Hoeven Kliniek is een onderdeel van De Forensische Zorgspecialisten.

U kunt het formulier opslaan en versturen per e-mail naar:

**[plaatsingen@hoevenkliniek.nl](mailto:plaatsingen@hoevenkliniek.nl)**