



Persoonsgegevens cliënt:

Voorletters - Voornamen			
Roepnaam			
Achternaam			
Straat, postcode, woonplaats			
Postadres (indien afwijkend)			
Telefoonnummer			
Emailadres			
Geslacht	<input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="checkbox"/> Man	<input type="checkbox"/> Anders
Geboortedatum			
Geboorteplaats			
Burger Service Nummer			
Nationaliteit			
Burgelijke staat			
Legitimatiebewijs*			
Soort			
Nummer			
Geldig tot			

*s.v.p. Legitimatiebewijs meenemen bij eerste afspraak

Verwijzer:

Verwijzende organisatie	
Voor en achternaam verwijzer	
Straat, postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Functie	
AGB-Code	
Datum verwijzing	

Huisarts en apotheek:

Naam en/of praktijknaam	
Straat, postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Emailadres	
Naam Apotheek	
Plaats	

Vertegenwoordiging (indien van toepassing):

Naam wettelijke vertegenwoordiger			
Straat, postcode en woonplaats			
Telefoonnummer			
Emailadres			
Rechtspositie	<input type="checkbox"/> Curatele	<input type="checkbox"/> Voogdij	<input type="checkbox"/> Bewindvoering
	<input type="checkbox"/> Mentorschap	<input type="checkbox"/> Reclassering	
Juridische maatregel	<input type="checkbox"/> Nee	<input type="checkbox"/> Ja	Namelijk:

*Indien aanwezig, graag kopie van beschikking meesturen.

Verzekering:

Naam verzekeraar		
Polisnummer		
Aanvullende verzekering	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk:	<input type="checkbox"/> Nee

Aanmeldgegevens:

Reden van verwijzing en hulpvraag cliënt.	
Samenvatting problematiek (inclusief DSM-5 classificaties)	
Psychiatrische voorgeschiedenis <i>Graag hierbij het volgende vermelden (inclusief datum):</i> <i>- Eerdere psychologische behandeling voor aanmeldklacht (bijv. CGT), inclusief het aantal behandelsessies (zo ver bekend) en eventueel reden voor niet/onvoldoende slagen van behandeling</i> <i>- Eerdere opnames binnen GGZ</i> <i>- Eerder verricht (neuro)psychologisch/diagnostisch onderzoek</i>	
Medicatievoorgeschiedenis en huidige medicatie	
Huidig (ambulant) GGZ-behandelkader (incl regiebehandelaar)	
Verwijzing betreft	<input type="checkbox"/> Overname van behandeling <input type="checkbox"/> Medebehandeling
Terugnamegarantie na afronding behandeling	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

Toestemming

Toestemming info huisarts	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Toestemming info verwijzer	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee
Toestemming info GGZ overig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nee

Bij dit aanmeldformulier ontvangen we graag een actuele medicatielijst en eventueel relevante documentatie met betrekking tot eerdere behandelingen. U kunt dit formulier mailen naar: vgcodo@vigogroep.nl Voor vragen kunt u bellen met (0478) 52 75 59

Centrum voor Angst en Dwang is onderdeel van Vincent van Gogh voor geestelijke gezondheid

