

Aanmeld Diagnose Formulier (ADF)
Centrale Toegang
Versie 1
20 maart 2012

DEEL 1: AANVRAAG CENTRALE TOEGANG FLEVOLAND

A1: Doelgroep

1. Behoort de cliënt tot de doelgroep dak- en thuislozen? * <i>Doelgroep: cliënten met een chronisch of acuut onderdakprobleem in combinatie met problemen en afhankelijkheid van opvang en/of zorg</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2. Heeft cliënt regiobinding? * (score tenminste 1 uit 3) <ul style="list-style-type: none"> - Inschrijving in GBA of bekendheid en registratie bij zorginstelling (minimaal 2 uit de voorgaande 3 jaren) in Flevoland - De aanwezigheid van een positief sociaal netwerk in Flevoland - Bekendheid bij de zorginstellingen of MO-instellingen in Flevoland 	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee

De cliënt zal alleen aangemeld worden bij de Centrale Toegang wanneer er op beide vragen 'ja' geantwoord is.

Wanneer de cliënt niet tot de doelgroep dak- en thuislozen behoort, kunt u contact opnemen met de Centrale Toegang (telefoonnummer: 036-5357321). Zij zullen u adviseren over waar de cliënt wel aangemeld kan worden.

Wanneer de cliënt geen regiobinding met een gemeente in Flevoland heeft, dient u contact op te nemen met de betreffende gemeente waar de cliënt wel regiobinding mee heeft.

A2: Cliëntgegevens

1. Persoonlijke gegevens

Achternaam (= meisjesnaam of geboortenaam)*	
Tussenvoegsel	
Achternaam (= naam na huwelijk)	
Tussenvoegsel	
Voorletters*	
Voornaam*	
Geslacht*	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw
Geboortedatum*	
Geboorteland*	
Geboorteplaats	
Nationaliteit*	
Type legitimatie*	<input type="checkbox"/> ID bewijs <input type="checkbox"/> Paspoort <input type="checkbox"/> Rijbewijs <input type="checkbox"/> Anders....
Burgerservicenummer	
Verblijfstatus*	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> Verblijfsvergunning onbepaalde tijd <input type="checkbox"/> Verblijfsvergunning bepaalde tijd, datum <input type="checkbox"/> Afhankelijke verblijfsvergunning <input type="checkbox"/> Illegaal

	<input type="checkbox"/> Onbekend
Hoogst genoten opleiding*	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Speciaal onderwijs <input type="checkbox"/> Basisschool <input type="checkbox"/> VMBO <input type="checkbox"/> HAVO <input type="checkbox"/> VWO <input type="checkbox"/> MBO <input type="checkbox"/> HBO <input type="checkbox"/> WO <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft u deze afgerond?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Burgerlijke staat*	<input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Gehuwd <input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Partnerschap <input type="checkbox"/> Samenwonend <input type="checkbox"/> Weduwe / Weduwnaar <input type="checkbox"/> Onbekend
Heeft cliënt kinderen*	<input type="checkbox"/> Nee (<i>ga verder met A3</i>) <input type="checkbox"/> Ja Naam en geboortedatum Kind 1: Naam en geboortedatum Kind 2: Naam en geboortedatum Kind 3: Naam en geboortedatum Kind 4: Naam en geboortedatum Kind 5: <input type="checkbox"/> Onbekend
Draagt u de zorg voor een kind?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Is er hulpverlening voor de kinderen?	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk <input type="checkbox"/> Nee, omdat <input type="checkbox"/> Onbekend

2. Verblijfadres

Straat: *	
Huisnummer: *	
Postcode:	
Woonplaats: *	
Telefoonnummer:	
Mobiele telefoonnummer:	
Email:	

3. Correspondentie en/of postadres (indien afwijkend aan verblijfadres)

Straat:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Mobiele telefoonnummer:	
Email:	

4. Gegevens van de verwijzer*

Instelling:	
Functie:	
Achternaam:	
Tussenvoegsel:	
Voorletters:	
Voornaam:	
Straat:	
Huisnummer:	
Postcode:	
Woonplaats:	
Telefoonnummer:	
Email:	

5. Huisarts

Heeft cliënt een huisarts:*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Naam huisarts:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
Email:	

6. Zorgverzekeraar

Is cliënt verzekerd?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Zorgverzekeraar:	
Polisnummer:	

7. Bijzondere juridische status

Heeft cliënt een bijzondere juridische status?*	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, kruis aan <input type="checkbox"/> Onbekend
	<input type="checkbox"/> Mentorschap <input type="checkbox"/> Onder curatele stelling <input type="checkbox"/> Bewindvoering <input type="checkbox"/> Rechterlijke machtiging (RM) <input type="checkbox"/> Zaakwaarneming

8. Wettelijke vertegenwoordiger

Heeft cliënt een wettelijke vertegenwoordiger?*	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend
Naam Adres Telefoonnummer	

9. Hulp/zorg

<p>Heeft de cliënt in de afgelopen twee jaar hulp of zorg gehad?*</p>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Ja, namelijk <input type="checkbox"/> GGZ Centraal <input type="checkbox"/> Tactus <input type="checkbox"/> Zorggroep Almere <input type="checkbox"/> Zorggroep Oude en Nieuwe Land <input type="checkbox"/> MEE <input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> Leger des Heils <input type="checkbox"/> Kwintes <input type="checkbox"/> Triade <input type="checkbox"/> Iriszorg <input type="checkbox"/> I-psy <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
<p>Heeft de cliënt op dit moment hulp of zorg?*</p>	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Ja, namelijk <input type="checkbox"/> GGZ Centraal <input type="checkbox"/> Tactus <input type="checkbox"/> Zorggroep Almere <input type="checkbox"/> Zorggroep Oude en Nieuwe Land <input type="checkbox"/> MEE <input type="checkbox"/> GGD <input type="checkbox"/> Leger des Heils <input type="checkbox"/> Kwintes <input type="checkbox"/> Triade <input type="checkbox"/> Iriszorg <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
<p>Wie is contactpersoon bij de organisatie?*</p>	<input type="checkbox"/> Onbekend Naam: Functie: Telefoonnummer:

A3: Probleeminventarisatie

Op welke leefgebieden heeft cliënt problemen?*	<input type="checkbox"/> Huisvesting <input type="checkbox"/> Financiën <input type="checkbox"/> Sociaal functioneren <input type="checkbox"/> Psychische problemen <input type="checkbox"/> Verslaving <input type="checkbox"/> Lichamelijk functioneren <input type="checkbox"/> Dagelijkse activiteiten en functioneren <input type="checkbox"/> Contact met politie/justitie/veiligheid <input type="checkbox"/> Zingeving
--	--

1. Huisvesting

1.1 Wat is huidige woonsituatie van de cliënt?*	<input type="checkbox"/> Geen vast onderdak; tijdelijk inwonend bij familie, vrienden etc. <input type="checkbox"/> Geen vast onderdak; op straat en/of nachtopvang <input type="checkbox"/> In een instelling <input type="checkbox"/> Zelfstandige woning <input type="checkbox"/> Anders, namelijk:
1.2 In welk jaar was cliënt voor het eerst dakloos?*	<input type="checkbox"/> Onbekend
1.3 Hoe lang is de cliënt naar schatting in totaal dakloos geweest gedurende het leven?*	... jaar ... maanden ... weken ... dagen
1.4 Wat was de directe aanleiding van de laatste episode van dakloosheid?*	<input type="checkbox"/> Huisuitzetting uit huurwoning, <i>ga door naar 1.5.1</i> <input type="checkbox"/> Huisuitzetting uit koopwoning, <i>ga door naar 1.5.1/niet naar 1.5.2/wel naar 1.5.3</i> <input type="checkbox"/> Huis verlaten (zelf weggegaan of weggestuurd), <i>ga door naar 1.6</i> <input type="checkbox"/> Ontslag uit detentie, <i>ga door naar 1.8</i> <input type="checkbox"/> Ontslag uit zorginstelling, <i>ga door naar 1.7</i> <input type="checkbox"/> Einde marginale / tijdelijke huisvesting, <i>ga door naar 1.8</i> <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
1.5.1 Geef aan wat de reden hiervan was:	<input type="checkbox"/> Betalingsachterstand <input type="checkbox"/> Overlast <input type="checkbox"/> Onrechtmatige bewoning <input type="checkbox"/> Conflict met huisbaas <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk
1.5.2 Naam corporatie/particulier:	<input type="checkbox"/> Onbekend
1.5.3 Adres woning	
1.6 Geef aan wat de reden hiervan was:	<input type="checkbox"/> In verband met huiselijk geweld <input type="checkbox"/> In verband met relatieproblemen <input type="checkbox"/> In verband met conflict met ouder(s) / verzorger(s)

	<input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Andere reden, namelijk:
1.7 Om welke zorginstelling ging het?	<input type="checkbox"/> Instelling voor geestelijke gezondheidszorg <input type="checkbox"/> Instelling voor verslavingszorg <input type="checkbox"/> Instelling voor verstandelijke gehandicapten <input type="checkbox"/> Instelling voor maatschappelijke opvang <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ... Naam instelling:
1.8 Is cliënt ingeschreven als woningzoekende?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Nee, <i>ga door naar 1.10</i>
1.9 Geschatte duur inschrijving	... maanden
1.10 Wat is de leefsituatie van de cliënt?*	<input type="checkbox"/> Met partner zonder kinderen <input type="checkbox"/> Met partner met kinderen <input type="checkbox"/> Zonder partner zonder kinderen, <i>ga door naar 1.12</i> <input type="checkbox"/> Zonder partner met kinderen, <i>ga door naar 1.12</i> <input type="checkbox"/> Met anderen <input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
1.11 Wordt de partner van de cliënt mede aangemeld?	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, vul onderstaande gegevens in: Achternaam partner: Tussenvoegsel: Voorletters partner: Geslacht: Geboortedatum partner:
1.12 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden?*	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Woningvervuiling <input type="checkbox"/> Dreigende huisuitzetting <input type="checkbox"/> Overlastproblemen <input type="checkbox"/> Huurachterstand <input type="checkbox"/> Vinden van nieuwe woonruimte <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
1.13 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden?*	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Woningvervuiling <input type="checkbox"/> Dreigende huisuitzetting <input type="checkbox"/> Overlastproblemen <input type="checkbox"/> Huurachterstand <input type="checkbox"/> Vinden van nieuwe woonruimte <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
1.14 Plan van aanpak op het leefgebied huisvesting	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

2. Financiën

2.1 Inkomensbron*	<input type="checkbox"/> Bijstandsuitkering / daklozenuitkering <input type="checkbox"/> Loon
-------------------	--

	<input type="checkbox"/> Werkvoorziening voor dak- en thuislozen <input type="checkbox"/> Uitkering ziekte, arbeidsongeschiktheid, werkloosheid, pensionering <input type="checkbox"/> Overige inkomsten (alimentatie, geld van ouders/partner, studiefinanciering, kinderbijslag) <input type="checkbox"/> Geen inkomsten, <i>ga naar 2.3</i>
2.2 Wat is de hoogte van uw netto inkomen?	<input type="checkbox"/> 0 – 500 euro <input type="checkbox"/> 500 – 1000 euro <input type="checkbox"/> meer dan 1000 euro
2.3 Heeft cliënt schulden?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, <i>ga naar 2.7</i>
2.4 Waar heeft cliënt schulden?	<input type="checkbox"/> Sociale dienst <input type="checkbox"/> Postorderbedrijf <input type="checkbox"/> Woningcorporatie <input type="checkbox"/> Kredietbank <input type="checkbox"/> Bank <input type="checkbox"/> Belastingdienst <input type="checkbox"/> Zorgverzekeraar <input type="checkbox"/> Nutsbedrijven <input type="checkbox"/> Verzekeringsmaatschappij <input type="checkbox"/> CJIB <input type="checkbox"/> Overige schuldeisers <input type="checkbox"/> Onbekend
2.5 Hoogte totale schuld	<input type="checkbox"/> 0 – 500 euro <input type="checkbox"/> 500 – 1000 euro <input type="checkbox"/> 1000 – 5000 euro <input type="checkbox"/> 5000 – 10.000 euro <input type="checkbox"/> 10.000 – 50.000 euro <input type="checkbox"/> > 50.000 euro <input type="checkbox"/> Onbekend
2.6 Heeft u een betalingsregeling getroffen?	<input type="checkbox"/> Gedeeltelijk <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
2.7 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden?*	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Inkomensbeheer <input type="checkbox"/> Bewindvoering <input type="checkbox"/> Aanvragen van een inkomen <input type="checkbox"/> Schuldbemiddeling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
2.8 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden?*	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Inkomensbeheer <input type="checkbox"/> Bewindvoering <input type="checkbox"/> Aanvragen van een inkomen <input type="checkbox"/> Schuldbemiddeling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
2.9 Plan van aanpak op het leefgebied financiën	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

3. Sociaal functioneren

3.1 Heeft cliënt ondersteunende contacten?*	<input type="checkbox"/> Geen ondersteunende contacten <input type="checkbox"/> Wel ondersteunende contacten, <input type="checkbox"/> Partner <i>(naam en telefoonnummer)</i> <input type="checkbox"/> Kinderen <i>(naam telefoonnummer)</i> <input type="checkbox"/> (Overige) Familie <i>(naam telefoonnummer)</i> <input type="checkbox"/> Vrienden <i>(naam telefoonnummer)</i> <input type="checkbox"/> Kennissen <i>(naam telefoonnummer)</i>
3.2 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Omgaan met conflicten <input type="checkbox"/> Opvoeding van kinderen <input type="checkbox"/> Opbouwen en vasthouden van een sociaal netwerk <input type="checkbox"/> Omgaan met instanties <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
3.3 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Omgaan met conflicten <input type="checkbox"/> Opvoeding van kinderen <input type="checkbox"/> Opbouwen en vasthouden van een sociaal netwerk <input type="checkbox"/> Omgaan met instanties <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
3.4 Plan van aanpak op het leefgebied sociaal functioneren	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

4. Psychisch functioneren

4.1 Welke klachten zegt de cliënt te hebben? *	<input type="checkbox"/> Concentratieproblemen <input type="checkbox"/> Stemmen horen <input type="checkbox"/> Angsten <input type="checkbox"/> Stemningswisselingen <input type="checkbox"/> Dwanggedachten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ... <input type="checkbox"/> Geen klachten
4.2 Is er volgens de verwijzer sprake van klachten op het gebied van *	<input type="checkbox"/> Concentratieproblemen <input type="checkbox"/> Stemmen horen <input type="checkbox"/> Angsten <input type="checkbox"/> Stemningswisselingen <input type="checkbox"/> Dwanggedachten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ... <input type="checkbox"/> Geen klachten
4.3 Gebruikt cliënt medicatie? *	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, <i>ga door met 4.6</i>
4.4 Soort medicatie	
4.5 Beheer medicatie	<input type="checkbox"/> Onder begeleiding <input type="checkbox"/> Depot <input type="checkbox"/> Zelfbeheer <input type="checkbox"/> Onbekend
4.6 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig

van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Ambulante behandeling GGZ <input type="checkbox"/> Algemene ondersteunende gesprekken <input type="checkbox"/> Beheer medicatie <input type="checkbox"/> Intramurale behandeling GGZ <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
4.7 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Ambulante behandeling GGZ <input type="checkbox"/> Algemene ondersteunende gesprekken <input type="checkbox"/> Beheer medicatie <input type="checkbox"/> Intramurale behandeling GGZ <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
4.8 Plan van aanpak op het leefgebied psychisch functioneren	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

5. Verlaving

5.1 Welke middelen gebruikt de cliënt? *

Middel	Hoeveelheid	Frequentie
<input type="checkbox"/> Alcohol		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Hash, weed		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> XTC		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Speed		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Cocaine		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Heroïne <input type="checkbox"/> Spuiten <input type="checkbox"/> Roken		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Methadon		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks

		<input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Slaap/kalmeringsmiddelen		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Oat		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> GHB		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend
<input type="checkbox"/> Andere verslaving, namelijk		

5.2 Was er in het verleden sprake van een andere verslaving dan in 5.1 aangegeven? *

Ja, namelijk Nee

Middel	Hoeveelheid	Frequentie	Hoe lang heeft cliënt niet gebruikt
<input type="checkbox"/> Alcohol		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Hash, weed		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> XTC		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Speed		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Cocaïne		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Heroïne <input type="checkbox"/> Spuiten		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks	

<input type="checkbox"/> Roken		<input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Methadon		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Slaap/kalmeringsmiddelen		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Qat		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> GHB		<input type="checkbox"/> Dagelijks <input type="checkbox"/> Wekelijks <input type="checkbox"/> Maandelijks <input type="checkbox"/> Onregelmatig <input type="checkbox"/> Onbekend	
<input type="checkbox"/> Andere verslaving, namelijk			

5.3 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Klinische vervolgbehandeling <input type="checkbox"/> Detox <input type="checkbox"/> Ambulante behandeling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
5.4 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Klinische vervolgbehandeling <input type="checkbox"/> Detox <input type="checkbox"/> Ambulante behandeling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
5.5 Plan van aanpak op het leefgebied verslaving	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

6. Lichamelijk functioneren

6.1 Heeft de cliënt lichamelijke klachten? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Astma en bronchitis <input type="checkbox"/> Blaasontsteking <input type="checkbox"/> Darmklachten <input type="checkbox"/> Eczeem <input type="checkbox"/> Hartklachten
--	---

	<input type="checkbox"/> Hoofdpijn en migraine <input type="checkbox"/> Maagzweer <input type="checkbox"/> Menstruatieklachten en PMS <input type="checkbox"/> Seksueel Overdraagbare Aandoening (SOA) <input type="checkbox"/> Zwangerschapsklachten, aantal weken <input type="checkbox"/> Tandheelkundige klachten <input type="checkbox"/> Anders, namelijk
6.2 Ervaart de cliënt de klachten als beperkend? *	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk
6.3 Gebruikt cliënt medicatie? *	<input type="checkbox"/> Ja, soort medicatie <input type="checkbox"/> Nee
6.4 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Huishoudelijke hulp <input type="checkbox"/> Verpleging <input type="checkbox"/> Hulp bij gebruik medicatie <input type="checkbox"/> Aanpassingen in verband met lichamelijke beperking <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
6.5 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Huishoudelijke hulp <input type="checkbox"/> Verpleging <input type="checkbox"/> Hulp bij gebruik medicatie <input type="checkbox"/> Aanpassingen in verband met lichamelijke beperking <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
6.6 Plan van aanpak op het leefgebied lichamenlijk functioneren	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

7. Dagelijkse activiteiten en functioneren

7.1 Heeft cliënt een daginvulling? *	<input type="checkbox"/> Reguliere betaalde baan <input type="checkbox"/> Betaalde baan in de sociale werkvoorziening <input type="checkbox"/> Baan in kader van arbeidsintegratietraject <input type="checkbox"/> Werkervaringsplaats <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk, meer dan 16 uur per week <input type="checkbox"/> Zorg voor anderen (zoals kinderen) <input type="checkbox"/> Dagbesteding binnen een instelling <input type="checkbox"/> Dagactiviteitencentrum <input type="checkbox"/> Opleiding / studie <input type="checkbox"/> Geen daginvulling
7.2 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Het vasthouden van een daginvulling <input type="checkbox"/> Het vinden van een daginvulling <input type="checkbox"/> Anders, namelijk...
7.4 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden?	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Het vasthouden van een daginvulling <input type="checkbox"/> Het vinden van een daginvulling

	<input type="checkbox"/> Anders, namelijk...
7.5 Wil cliënt hulp/ondersteuning op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Administratie <input type="checkbox"/> Invullen van formulieren <input type="checkbox"/> Koken <input type="checkbox"/> Huishoudelijke taken <input type="checkbox"/> Beheersing van de Nederlandse taal <input type="checkbox"/> Lezen en schrijven <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
7.6 Vindt de verwijzer dat de cliënt hulp/ondersteuning nodig heeft op één van de volgende gebieden? *	<input type="checkbox"/> Geen ondersteuning nodig <input type="checkbox"/> Administratie <input type="checkbox"/> Invullen van formulieren <input type="checkbox"/> Koken <input type="checkbox"/> Huishoudelijke taken <input type="checkbox"/> Beheersing van de Nederlandse taal <input type="checkbox"/> Lezen en schrijven <input type="checkbox"/> Anders, namelijk ...
7.7 Plan van aanpak op het leefgebied dagelijkse activiteiten en functioneren	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

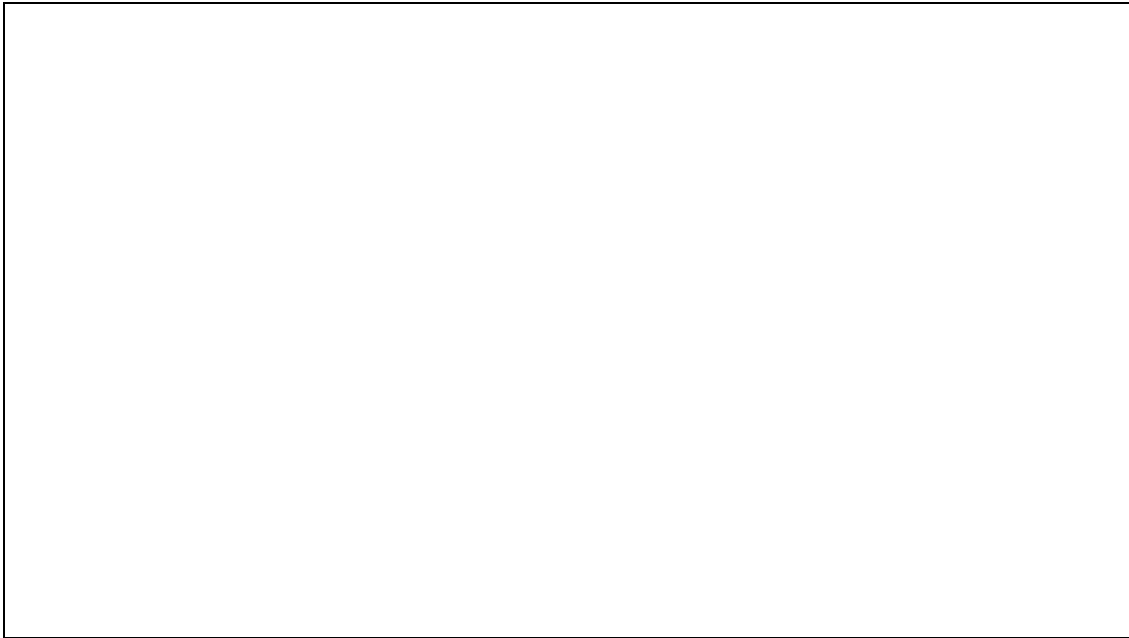
8. Contact met politie/justitie/veiligheid

8.1 Heeft de cliënt de afgelopen 5 jaar contact gehad met politie en/of justitie? *	<input type="checkbox"/> Nee, <i>ga door met 8.5</i> <input type="checkbox"/> Ja
8.2 Redenen of aanleiding van dit contact	
8.3 Zijn er lopende justitiële zaken die van invloed kunnen zijn op het zorgaanbod?*	<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Reclasseringstoezicht <input type="checkbox"/> Tenuitvoerlegging voorwaardelijke straf <input type="checkbox"/> Lopende strafzaken <input type="checkbox"/> Openstaande boetes <input type="checkbox"/> Anders,
8.4 Indien cliënt gedetineerd is geweest, datum in vrijheidstelling	
8.5 Wordt de veiligheid van de cliënt bedreigd?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee, <i>ga door met 8.7</i>
8.6 Type bedreiging	<input type="checkbox"/> Stalking <input type="checkbox"/> Bedreiging met geweld <input type="checkbox"/> Loverboy problematiek <input type="checkbox"/> Eerwraak <input type="checkbox"/> Slachtoffer mensenhandel
8.7 Plan van aanpak op het leefgebied dagelijkse activiteiten en functioneren	Doelstelling: Aanpak om doelstelling te bereiken: Doelstelling gerealiseerd:

9. Zingeving

Heeft cliënt hulp nodig op het gebied van zingeving?*	<input type="checkbox"/> Ja, namelijk... <input type="checkbox"/> Nee
---	--

10. Achtergrondinformatie



DEEL 2: INFORMATIE VANUIT MAATSCHAPPELIJKE OPVANG

Is cliënt gediagnosticeerd?*	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Onbekend
Wie heeft de diagnose gesteld?	Naam: Functie: Instelling:
Welke diagnose is gesteld?	<input type="checkbox"/> Aan een middel gebonden stoornis, namelijk <input type="checkbox"/> Alcohol <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Cocaine <input type="checkbox"/> Anders, namelijk.... <input type="checkbox"/> Persoonlijkheidsstoornis, namelijk..... <input type="checkbox"/> Psychotische stoornis <input type="checkbox"/> Schizofrenie <input type="checkbox"/> Waanstoornis <input type="checkbox"/> Psychotische stoornis <input type="checkbox"/> Anders, namelijk.... <input type="checkbox"/> Stemmingsstoornis <input type="checkbox"/> Depressieve stoornis <input type="checkbox"/> Bipolaire stoornis <input type="checkbox"/> Angststoornis <input type="checkbox"/> Paniekstoornis <input type="checkbox"/> Sociale fobie <input type="checkbox"/> Obsessieve-compulsieve stoornis <input type="checkbox"/> Posttraumatische stress-stoornis <input type="checkbox"/> Anders, namelijk.... <input type="checkbox"/> Anders, namelijk....
Wanneer is de diagnose gesteld?	
Heeft cliënt een indicatie?*	<input type="checkbox"/> AWBZ <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Welke indicatie?	
Wat is de grondslag van de indicatie?	<input type="checkbox"/> Onbekend <input type="checkbox"/> Geef grondslag aan
Wanneer is de indicatie afgegeven?	<input type="checkbox"/>
Tot wanneer loopt de indicatie?	

* = verplicht veld

Deel 3: Toestemmingsverklaring

Doel van de Centrale Toegang Flevoland is het vaststellen welke zorg en hulp u nodig heeft om uw situatie te verbeteren en u toe te leiden naar passende zorg vanuit instellingen in Flevoland. Om dit mogelijk te maken zijn de gegevens noodzakelijk. Deze gegevens kunnen worden verstrekt door uzelf, maar ook worden verkregen via andere instanties. U heeft recht op wijziging van de gegevens te vragen.

IN HET KADER VAN DE GEVRAAGDE INDICATIE VERKLAAR IK HIERMEE TOESTEMMING TE GEVEN AAN CENTRALE TOEGANG FLEVOLAND VOOR:

- 1: Het doorgeven van gegevens aan het CIZ ten behoeve van de indicatiestelling.
- 2: Het doorgeven van mijn gegevens aan de instelling die de aanmelding in behandeling neemt
- 3: Het opslaan van mijn gegevens in een databank.
- 4: Het opvragen van medische gegevens- waaronder diagnostische gegevens, testresultaten ed. bij een huisarts of behandelaar.
- 5: Het gebruik maken van gegevens door personen en /of instellingen die
- 6: Het doorgeven van mijn gegevens aan de instelling die (geïndiceerde) zorg gaat verstrekken
- 7: Het aangeven van gegevens aan het CIZ ten behoeve van de indicatiestelling.
- 8: Het opvragen van gegevens door het CIZ bij derden.
- 9: Het opvragen van mijn inkomen in verband met een eigen bijdrage.
- 10: Het opvragen van inkomensgegevens bij Sociale Zaken.
- 11: Het verstrekken van informatie ten behoeve van de aanmelding bij een woon- of verblijfvoorziening of ambulante zorg in Flevoland.
- 12: Bespreken en uitwisselen van mijn gegevens in het screeningsoverleg van de Centrale Toegang Flevoland.

Naam klant:

Datum:

Geboortedatum:

Plaats:

Toestemmingsverklaring ondertekend?: Ja Nee