Aanmeldformulier Verslavingszorg

- ☐ **Klinische detox**
- ☐ **Klinische behandeling**
- ☐ **Deeltijd DD (ambulant)**

Verwijzer	
Naam en functie	
Telefoonnummer	
E-mailadres	
Naam instelling	
Adres	
Postcode en woonplaats	

Cliënt	
Naam en voorletters	
Geboortedatum	
BSN nummer	
Nationaliteit	
Huidig adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer (mobiel)	
Huisarts	
Verzekering + verzekeringsnummer	
Apotheek	
Ruimte voor aanvullende gegevens en/of toelichting	

Contactpersoon	
Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer (mobiel)	
E-mail adres	
Relatie tot cliënt	

Betrokken ketenpartners	
Krijgt cliënt ondersteuning/behandeling vanuit andere organisaties, anders dan de verwijzer?	
Naam organisatie	
Naam contactpersoon	
E-mail adres	
Telefoonnummer	
Hoe ziet deze ondersteuning/behandeling eruit?	

Psychiatrische klachten	
Wat zijn momenteel de klachten van de cliënt?	
Wat is de huidige diagnose?	
Wat kunt u vertellen over de psychiatrische voorgeschiedenis?	

Eerdere behandelingen	
Is de cliënt eerder in behandeling geweest voor psychische problemen?	
Is de cliënt eerder in behandeling geweest voor zijn verslaving?	

Medicatie en somatiek	
Gebruikt de cliënt medicatie? Zo ja, welke?	
Heeft de cliënt op dit moment somatische klachten?	
Wat kunt u benoemen over de somatische voorgeschiedenis?	

Motivatie/hulpvraag	
Wat is de motivatie van de cliënt om behandeling aan te gaan i.v.m. uw verslaving?	

Nazorg	
Hoe ziet de nazorg eruit?	

Overige opmerkingen	
Zijn er nog zaken die belangrijk zijn?	

*Mail dit ingevulde formulier naar **intakekernteam@ggzwnb.nl** en we nemen uw aanvraag zo spoedig mogelijk in behandeling.*