



SEIN

Expertisecentrum voor epilepsie
en slaapgeneeskunde

Wonen bij SEIN

Stap 1: aanmeldingsformulier

Gegevens aanmelding

Waar is de aanmelding voor?

Wonen

Wonen en dagbesteding

Logeren

Naschoolse opvang

Dagopvang

Vakantieopvang

OZA

Aanleiding(-en) voor aanmelding/hulpvraag



Wilt u tussendoor even stoppen? Klik dan op het download-icoon rechtsboven en sla het formulier op op uw computer.

Persoonsgegevens cliënt

Achternaam

Voornamen

Roepnaam

Geslacht Man Vrouw Anders

Geboortedatum

Geboorteplaats en -land

Nationaliteit

Zorgverzekeraar

Polisnummer

Burgerservicenummer

Adres

Postcode en plaats

Telefoonnummer

Extra telefoonnummer

E-mailadres

Gegevens aanmelder/eerste contactpersoon cliënt

Naam aanmelder/eerste contactpersoon

Relatie tot cliënt

Instantie (indien van toepassing)

Adres

Postcode, plaats

Telefoonnummer

Extra telefoonnummer

E-mailadres

“SEIN stelt ons in staat als mantelzorgers een stap terug te doen, terwijl we als ouders een stap naar voren zetten, met de geruststelling dat onze zoon in goede handen is.”

Ouders van Frank, cliënt

Wet langdurige zorg

Wlz-indicatie: Ja, namelijk zorgprofiel

(Stuur in stap 2 kopie CIZ besluit mee)

Nee

Is er sprake van WMO of JeugdWet?

Ja

Nee

Is er sprake van een Artikel 21 van de Wet zorg en dwang?

Ja (Stuur in stap 2 kopie CIZ besluit mee)

Nee

Is er sprake van een (voorlopige) rechtelijke machtiging van de Wet zorg en dwang?

Ja (Stuur in stap 2 kopie beschikking rechtbank mee)

Nee

Hulp nodig bij het invullen?

Bel Zorgbemiddeling SEIN:

023 - 558 8141



Juridische status

Wilsbekwaam: Ja

Nee, nog geen 18 jaar

Nee, wettelijke vertegenwoordiging bij:

Mentor

Bewindvoerder

Curator

Naam/namen wettelijke vertegenwoordiger(s)

Telefoonnummer

E-mailadres

Relatie met cliënt

Woonsituatie

Huidige verblijfsvorm:

Zelfstandig

Begeleid zelfstandig

In instelling

Bij ouders

Anders, namelijk:

Naam instelling

Adres cliënt

Postcode, plaats

Naam contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

“Ik hoop nog lang te mogen wonen bij SEIN, omdat ik het hier echt naar mijn zin heb. Het is een warme en veilige omgeving waarin ik me veilig voel.”

Miranda, cliënt

Dagbesteding – school - werk

Client gaat naar: School

Sociale werkplaats

Dagbestedingscentrum (dagverblijf)

Betrekking in loondienst

Anders, namelijk:

Naam instelling/school/werkgever

Contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

E-mailadres contactpersoon

Medische gegevens

Naam huisarts

Adres

Postcode, plaats

Telefoonnummer

E-mailadres

Naam apotheek

Adres

E-mailadres

Gebruikt u medicatie?

Ja (Stuur in stap 2 een episodelijst + medicatielijst mee)

Nee

Bent u op dit moment drager of ooit drager geweest van een BRMO (bv MRSA, ESBL, VRE)?

Ja

Nee

Onbekend

Welk ziekenhuis en welke arts is betrokken bij de behandeling voor epilepsie?

Bij SEIN, neuroloog (*naam invullen*):

Bij een ander ziekenhuis, namelijk (*naam ziekenhuis en neuroloog/arts invullen*):

Niet van toepassing

Bent u onder behandeling (geweest) bij (nog) een andere specialist? Zo ja, bij wie en waarvoor?

Nee

Ja, namelijk: (*Naam en reden invullen*) (graag in stap 2 rapportages en/of verslaglegging meesturen)

Medisch specialist (bv revalidatiearts):

Psychiater:

Psycholoog:

Fysiotherapeut:

Ergotherapeut:

Diëtist:

Logopedist:

Anders, namelijk:

Gebruikt u hulpmiddelen? (Denk aan rolstoel, rollator, aangepast bed.)

Ja,

Nee

Huidige hulpverleningscontacten (indien van toepassing)

Naam instelling 1

Naam contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

E-mailadres

Naam instelling 2

Naam contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

E-mailadres

Naam instelling 3

Naam contactpersoon

Telefoonnummer contactpersoon

E-mailadres

(Graag rapportage(s) van de instellingen(en) meesturen in stap 2).



Ondertekening en akkoordverklaring

Ik ga (namens de cliënt) akkoord met de aanmelding voor plaatsing bij SEIN.
Dit verplicht mij tot niets; de beslissing of ik (de cliënt) bij SEIN ga wonen neem ik later.

Ik verklaar dat de hiervoor vermelde gegevens juist zijn.

De plaatsingscommissie van SEIN geef ik (namens de cliënt) toestemming
voor het opvragen van (medische) gegevens bij andere partijen/instellingen.

Cliënt

Naam:

Plaats:

Datum:

Digitale handtekening*:

Namens de cliënt

Wanneer de aanmelding een kind van 12 tot 16 jaar betreft geeft ouder(s) met gezag of voogd én het kind toestemming. Voor een jongere van 16 of 17 jaar volstaat de toestemming van de jongere zelf.

Sla nu uw aanmeldformulier op door rechtsboven op opslaan (📁) te klikken.

Ga daarna door naar stap 2: aanleveren documenten.

Meer weten?

Hulp nodig bij het invullen?

Bel Zorgbemiddeling SEIN:
023 - 558 8141



sein.nl



Facebook



LinkedIn



Instagram