

**Aanmeldformulier SEIN Lang Verblijf**

**U kunt uzelf of uw zoon/dochter/verwant/cliënt aanmelden bij SEIN Lang Verblijf door dit formulier volledig ingevuld en ondertekend en voorzien van de gevraagde bijlagen aan ons retour te sturen.**

**Bij voorkeur ontvangen wij de aanmelding via e-mail:** **zorgbemiddeling@sein.nl**

**U kunt de stukken eventueel ook per post sturen: Zorgbemiddeling SEIN**

 **Postbus 540**

 **2130 AM Hoofddorp**

|  |
| --- |
| Persoonlijke gegevens cliënt |
| Achternaam |  |
| Voornamen |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | □ Man □ Vrouw |
| Geboortedatum |  |
| Geboorteplaats en -land |  |
| Nationaliteit |  |
| Zorgverzekeraar |  |
| Polisnummer |  |
| BSN |  |
| Adres |  |
| Postcode, plaats |  |
| Telefoonnummer  |  |
| Mobiel telefoonnummer | 06- |
| E-mailadres  |  |
| Wlz indicatie | □ Ja, namelijk zorgprofiel *(kopie CIZ besluit meesturen)* □ Nee |
| WMO of Jeugdwet beschikking | □ Ja□ Nee |
| Is sprake van BOPZ Art. 60 / Wet zorg en dwang? | □ Ja *(kopie CIZ besluit meesturen)*□ Nee |
| (Voorlopige) Rechtelijke Machtiging | □ Ja *(kopie meesturen)*□ Nee |

|  |
| --- |
| Juridische status |
| Cliënt wilsbekwaam | □ Ja □ Nee, wettelijke vertegenwoordiging bij: □ Ouder(s) (tot 18 jaar) □ Mentor\* □ Bewindvoerder\* □ Curator\* □ (Gezins-)Voogd\*\**Beschikking rechtbank meesturen* |
| Naam wettelijke vertegenwoordiger |  |
| 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 |  |

|  |
| --- |
| 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 |  |

|  |
| --- |
| (Para-)Medische gegevens |
| Naam huisarts |  |
| Adres |  |
| Postcode, plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Bij welk ziekenhuis en bij welke arts bent u / is de cliënt onder behandeling voor epilepsie? | □ Bij SEIN, neuroloog *(naam invullen)*□ Bij een ander ziekenhuis, namelijk *(naam ziekenhuis en neuroloog/arts invullen)*□ Niet van toepassing |
| Medische voorgeschiedenis en/of operaties (wanneer?) | *(Episoden lijst huisartsendossier meesturen)* |
| Gebruik medicatie | □ Ja *(Overzicht en dosering medicatie meesturen)*□ Nee |
| Gebruik hulpmiddelen | □ Geen□ Rolstoel□ Rollator□ Anders, namelijk: |
| Bent u onder behandeling bij (nog) een andere specialist? Zo ja, bij wie en waarvoor? | □ Ja, namelijk: *(naam en reden invullen)* □ Medisch specialist (bv revalidatiearts)\*:  □ Psychiater\*: □ Psycholoog\*: □ Fysiotherapeut\*: □ Ergotherapeut\*: □ Diëtist\*: □ Logopedist\*: □ Anders\*, namelijk:\**Verslaglegging meesturen*□ Nee |
| Bent u / Is de cliënt op dit moment drager of ooit drager geweest van een BRMO (bv MRSA, ESBL, VRE)? | □ Ja, namelijk:□ Nee □ Onbekend |
| 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  |  |
|  |  |
| *(Rapportage van de instellingen(-en) meesturen)* |

|  |
| --- |
| Gegevens aanmelding |
| Gewenst ondersteuningsaanbod | □ Wonen□ Dagbesteding\* □ Logeren□ Naschoolse opvang□ Dagopvang□ Vakantieopvang\**Alleen mogelijk in combinatie met (toewerken naar) wonen* |
| Aanleiding(-en) voor aanmelding/hulpvraag |  |
| Gegevens aanmelder/ eerste contactpersoon cliënt |
| Naam aanmelder / eerste contactpersoon |  |
| Relatie tot cliënt |  |
| Instantie (indien van toepassing) |  |
| Adres |  |
| Postcode, plaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| Mobiel telefoonnummer |  |
| E-mailadres  |  |

**Om een goede beoordeling te kunnen doen, hebben wij naast het ingevulde aanmeldformulier nog aanvullende informatie nodig:**

|  |
| --- |
| Checklist mee te sturen informatie (indien van toepassing en beschikbaar) |
| □ | **Neurologische documentatie en (ontslag)brieven m.b.t. de epilepsie** |
| □ | **Documentatie en (ontslag)brieven n.a.v. medisch specialistische behandelingen en/of operaties** |
| □ | **Uitslag klinisch genetisch onderzoek / oorzaak beperking** |
| □ | **Episoden lijst huisartsendossier (op te vragen bij huisarts)**  |
| □ | **Medicatielijst (op te vragen bij apotheek)** |
| □ | **Documentatie en (ontslag)brieven n.a.v. psychologisch / psychiatrisch onderzoek of behandeling** |
| □ | **Niveau van functioneren (test- en schaalgegevens van eerder verricht onderzoek)** |
| □ | **Rapportages, verslagen en ondersteuningsplannen van huidige of eerdere woon- of dagbestedingssituaties** |
| □ | **Rapportages van andere hulpverlenende instanties** |
| □ | **Ontwikkelings- / levensgeschiedenis** |
| □ | **Schoolloopbaan, arbeid of dagbesteding** |
| □ | **Sociaal netwerk/ netwerkkaart** |
| □ | **Woonprofiel** |
| □ | **CIZ besluit Wlz indicatie**  |
| □ | **CIZ besluit BOPZ art. 60 / Wet zorg en dwang** |
| □ | **(Voorlopige) Rechtelijke machtiging** |
| □ | **Beschikking rechtbank wettelijke vertegenwoordiging**  |

|  |
| --- |
| Ondertekening |

**Akkoordverklaring aanmelding en toestemming tot het opvragen van gegevens**

~ Hierbij ga ik akkoord met de aanmelding voor plaatsing bij SEIN

~ Hierbij geef ik SEIN toestemming om ten behoeve van de plaatsing bij SEIN gegevens bij derden op te vragen voor zover ik deze niet al bij aanmelding heb meegezonden:

* Neurologische verslaglegging m.b.t. de epilepsie
* Observatieverslagen en rapportages van medisch, psychologisch, psychiatrisch en/of paramedisch onderzoek
* Beschikbare test- en schaalgegevens van verricht onderzoek
* Rapportages, verslagen en ondersteuningsplannen van huidige of eerdere woon- of dagbestedingssituaties
* Rapportages van andere hulpverlenende instanties
* Indicatiegegevens CIZ

|  |  |
| --- | --- |
| De cliënt\* | Namens de cliënt |
| Naam: | Naam: |
| Plaats:  | Plaats:  |
| Datum:  | Datum:  |
| Handtekening:  | Handtekening:  |
| *\* Indien de cliënt wilsonbekwaam is, kan volstaan worden met het akkoord van een ouder of wettelijk vertegenwoordiger.* |