

**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**](mailto: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.* | |