Datum invullen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens patiënt** | | | |
| Naam | Klik hier M/V | | |
| Geboortedatum |  | | |
| Adres |  | | |
| Postcode, plaats |  | | |
| Telefoonnummer |  | | |
| BSN nummer |  | | |
| E-mailadres patiënt |  | | |
|  | | | |
| **Verblijfadres patiënt, indien afwijkend van het woonadres** | | | |
| Organisatie/relatie | | |  |
| Adres | | |  |
| Postcode, plaats | | |  |
| Telefoonnummer | | |  |
| **Invullen indien patiënt onder de 24 jaar is:** | | | |
| Samenlevingsvorm ouders | |  | |
| **Ouder één** | |  | |
| Naam | |  | |
| Adres | |  | |
| Postcode, plaats | |  | |
| Telefoonnummer | |  | |
| E-mailadres | |  | |
| Beroep: | |  | |
| **Ouder twee** | |  | |
| Naam | |  | |
| Adres | |  | |
| Postcode, plaats | |  | |
| Telefoonnummer | |  | |
| E-mailadres | |  | |
| Beroep: | |  | |
|  | |  | |

|  |
| --- |
| **Gezinss**amenstelling: broer/zus |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Naam en relatie tot patiënt | geboortedatum | thuiswonend |
| 1 |  |  |  |
| 2 |  |  |  |
| 3 |  |  |  |
| 4 |  |  |  |
| 5 |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | |  | |
| **Invullen indien ouders niet bij elkaar wonen en patiënt jonger is dan 16 jaar** | | | | |
| Is er een regeling omtrent het ouderlijk gezag? | | |  | |
| Zo ja, wie van de ouders heeft het gezag? | | |  | |
| Per welke datum? | | |  | |
| Eventuele opmerking | | |  | |
| Naam huidige partner vader | | |  | |
| Naam huidige partner moeder | | |  | |
|  | |  | | |
| **Juridische maatregel** | | | | |
| Is er sprake van een juridische maatregel? | |  | | |
| Toelichting | |  | | |
|  | |  | | |
| **Gegevens huisarts (indien afwijkend van verwijzer)** | | | | |
| Naam | |  | | |
| Adres | |  | | |
| Postcode, plaats | |  | | |
| Telefoon | |  | | |
| Emailadres | |  | | |
| AGB-code huisarts | |  | | |
| **Gegevens actieve behandelaar (indien afwijkend van verwijzer)** | | | | |
| Organisatie | |  | | |
| Naam en functie | |  | | |
| Adres | |  | | |
| Postcode, plaats | |  | | |
| Telefoon | |  | | |
| Emailadres | |  | | |
|  | |  | | |
| **Hulpvragen** | | | | |
| Hulpvraag vanuit patiënt | |  | | |
| Hulpvraag vanuit ouders/betrokkenen | |  | | |
| |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Hulpverleningsgeschiedenis** | | | | | |  | Naam instelling | Vanaf (datum) | Tot (datum) | Omschrijving | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | |
| Is er sprake geweest van opname in de afgelopen 30 dagen? | | | |  |
| Indien ja, waar? | | | |  |
| Indien ja, wanneer? | | | |  |
| **Beschrijf het praktisch functioneren van de patiënt** | | | | |
| Gezin/huidige verblijfsituatie | | | |  |
| Huidige school/niveau onderwijs | | | |  |
| Werk/dagbesteding | | | |  |
| Vrije tijd/sociaal netwerk | | | |  |
| Is er sprake van middelengebruik? | | | |  |
| Zo ja, welke middelen?  Medicatie:  Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |  |
| E-mailadres |  | | | |

***ROM (Routine Outcome Monitoring)***

Wij vragen patiënten ten minste 1 betrokkene op te geven, die vragenlijsten over de patiënt kan invullen. Een betrokkene is iemand die de patiënt goed kent, bijvoorbeeld ouders, een partner of een vriend. De vragenlijsten worden digitaal naar het e-mailadres van de betrokkene(n) en de patiënt verzonden, daarom is het van belang dat er voor elk van hen, indien mogelijk, hieronder een eigen e-mailadres wordt vermeld.

|  |  |
| --- | --- |
| **De volgende persoon/personen geeft de patiënt op als betrokkene voor het invullen van de vragenlijsten:** | |
| Naam |  |
| Relatie tot patiënt |  |
| E-mailadres |  |
|  |  |
| Naam |  |
| Relatie tot patiënt |  |
| E-mailadres |  |

Patiënt (**vanaf 16 jaar**) geeft toestemming voor de ROM; ja/nee

Ouders/Betrokkenen (van jeugdigen onder de 16) geven toestemming voor de ROM; ja/nee

Patiënt (**vanaf 16 jaar**) geeft toestemming voor berichtgeving aan huisarts ja/nee

Ouders/Betrokkenen (van jeugdigen onder de 16) geven toestemming voor berichtgeving aan huisarts ja/nee

Patiënt (**vanaf 16 jaar**) geeft toestemming voor informatie uitwisseling met verwijzer ja/nee

Ouders/Betrokkenen (van jeugdigen onder de 16) geven toestemming voor informatie uitwisseling met verwijzer ja/nee

Patiënt (**vanaf 16 jaar**) geeft toestemming voor berichtgeving naar huisadres ja/nee

*Indien van toepassing*; Patiënt **(vanaf 16)** geeft toestemming voor inzage in oud dossier Leo Kannerhuis, ja/nee

*Indien van toepassing*; Ouders/betrokkenen **(van jeugdigen onder de 16)** geven toestemming voor inzage in oud dossier Leo Kannerhuis ja/nee

*Indien van toepassing*; Patiënt **(vanaf 16 jaar)** geeft toestemming voor inzage in hele dossier van de Parnassia Groep ja/nee

*Indien van toepassing*; Ouders/betrokkenen **(van jeugdigen onder de 16)** geven toestemming voor inzage in hele dossier van de Parnassiagroep, ja/nee

|  |  |
| --- | --- |
| **Intake** | |
| |  |  | | --- | --- | | Wie moet(en) er voor een intakegesprek uitgenodigd worden? |  | | |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| **Gelieve onderstaande bijlagen aan deze aanmelding toe te voegen** | |
| Verwijsbrief: ondertekend en van datum voorzien  Diagnostisch onderzoeksverslag **met ontwikkelingsanamnese** waarin middels DSM IV of DSM 5 de diagnose autisme dan wel het vermoeden van autisme is gesteld.  Verslaglegging eerdere hulpverlening en/of onderzoek van de afgelopen 5 jaar  Verslag IQ en/of cognitief functioneren  Medicatie-overzicht (indien van toepassing)  Kopie van de getroffen juridische maatregel (indien van toepassing) | |
|  |  |