**Verwijsbrief Tactus Verslavingszorg Klinieken
\*Alle velden zijn noodzakelijke invulvelden\***

## Soort kliniek

|  |  |
| --- | --- |
| Ik verwijs mijn cliënt naar: | Kies een item. |

## Personalia cliënt

|  |  |
| --- | --- |
| Persoonsgegevens | AchternaamKlik hier als u tekst wilt invoeren.Voornamen Klik hier als u tekst wilt invoeren.Roepnaam Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Geboortedatum | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Verblijfsadres  | Straatnaam + huisnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.Postcode + woonplaats Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Correspondentieadres | Straatnaam + huisnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.Postcode + woonplaats Klik hier als u tekst wilt invoeren.[x]  Hetzelfde als verblijfsadres |
| Contactgegevens  | TelefoonnummerKlik hier als u tekst wilt invoeren.E-mailadres Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| BSN | BSN Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| **Kan cliënt zich legitimeren bij opname? (**rijbewijs, paspoort, id-kaart of verblijfsvergunning) | * Ja
* Nee

**Als cliënt zich niet kan legitimeren, dan kunnen wij niet overgaan tot opname (m.u.v. crisiszorg).** |
| Verzekeringsgegevens | ZorgverzekeraarKlik hier als u tekst wilt invoeren.Verzekerdenummer Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Gegevens 1e contactpersoon | Naam Klik hier als u tekst wilt invoeren.Telefoonnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoonnummer b.g.g.  | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Verlofadres (weekenden e.d.) | Straatnaam + huisnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.Postcode + woonplaatsKlik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Gegevens mentor/curator/ bewindvoerder | Naam Klik hier als u tekst wilt invoeren.Instelling Klik hier als u tekst wilt invoeren.Telefoonnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.[x]  Niet van toepassingNaam Klik hier als u tekst wilt invoeren.Instelling Klik hier als u tekst wilt invoeren.Telefoonnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.[x]  Niet van toepassing |

## Huisartsgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Naam huisartsenpraktijk  | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Naam huisarts | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Plaats | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoonnummer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

## Apotheekgegevens

|  |  |
| --- | --- |
| Naam praktijk | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Plaats | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoonnummer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

## Gegevens verwijzer

|  |  |
| --- | --- |
| Instantie | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Naam | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Is de verwijzer ook de regiebehandelaar? | [x]  Ja[x]  Nee, het beroep van de verwijzer moet huisarts, medisch specialist, straatdokter of bedrijfsarts zijn. Een ander beroep is niet toegestaan. Verwijsbrief dan gaarne laten invullen door de regiebehandelaar.  |
| Wat is het beroep van de verwijzer? | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| AGB code verwijzer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Adresgegevens | Straatnaam + huisnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.Postcode + woonplaats Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Contactgegevens | Telefoonnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.E-mail Klik hier als u tekst wilt invoeren.E-mail secretariaat / Zorgadministratie Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

**Zorgvraag**

|  |  |
| --- | --- |
| Zorgvr Zorgvraag cliënt | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Zorgvraag verwijzer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Beschrijvende diagnose | Klik hier als u tekst wilt invoeren.  |
| Vermoeden DSM 5 stoornis | Klik hier als u tekst wilt invoeren.Klik hier als u tekst wilt invoeren.Klik hier als u tekst wilt invoeren.Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Ernst | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Medicatie actueel  | Klik hier als u tekst wilt invoeren.Klik hier als u tekst wilt invoeren.Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Behandelvoorgeschiedenis* *Graag behandelinformatie toevoegen als cliënt elders bekend is.*
* *Indien er al onderzoeken zijn gedaan, deze graag meesturen.*
 | Begindatum (dd-mm-jjjj) | Einddatum (dd-mm-jjjj) | Naam instantie(klinisch of ambulant) |
| Sociale voorgeschiedenis | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Suïcidaliteit* *Is cliënt bekend met suïcidaliteit en speelt dit nog actueel?*
 | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Zelfbeschadiging * *Is cliënt bekend met zelfbeschadiging zo ja: speelt dit nog actueel?*
 | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| IQ, adaptief vermogen, ondersteuningsbehoefte* *Indien er al onderzoeken zijn gedaan, deze graag meesturen.*
 | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Juridische status (Wvggz, Wzd)*Graag meesturen:* * *Beschikking (indien aanwezig)*
* *Voorbereiding ZM (zorgplan, zorgkaart, plan van aanpak, medische verklaring)*
* *Verleende zorg (art.8:9-13 Wvggz)*
 | Kies een item.  |
| Vervolgtraject* *Welke vervolgzorg is georganiseerd voor cliënt na afronding opname?*
* *Waar kan cliënt terecht bij voortijdig afbreken opname?*
 | Klik hier als u tekst wilt invoeren.Naam instelling of persoon Klik hier als u tekst wilt invoeren.Straatnaam + huisnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren.Postcode + woonplaats Klik hier als u tekst wilt invoeren.Telefoonnummer Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

## Overige informatie

|  |  |
| --- | --- |
| Heeft u bij de zorgverzekeraar van cliënt de reden van verwijzing bekend gemaakt en dat cliënt niet in de eigen regio wordt opgenomen?  | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Wat is de huidige financieringsstroom van cliënt?  | Per Klik hier als u een datum wilt invoeren.wordt cliënt gefinancierd middels: [x]  ZPM**,** met primaire diagnose Klik hier als u tekst wilt invoeren.[x]  LGGZ |
| Sinds wanneer is cliënt klinisch in behandeling?  | Per Klik hier als u een datum wilt invoeren.is cliënt aaneengesloten (= onderbreking korter dan 30 dagen) klinisch in behandeling overstijgend aan instelling. [x]  Cliënt is langer dan 30 dagen niet klinisch in behandeling |
| Reeds afgegeven indicaties (bijv. van het CIZ)* *Graag indicatiebesluit meesturen.*
 | Klik hier als u tekst wilt invoeren.  |
| Wanneer blijkt dat er onjuistheden zijn vermeld ten aanzien van de financieringsstroom van cliënt, zijn de kosten van de eventuele geleden financiële schade van Tactus voor rekening van de verwijzende instelling.  |
| Door deze verwijsbrief te ondertekenen gaat u akkoord met dat de vervoerskosten (bijvoorbeeld door inzet GGZ vervoersdienst) voor en na opname van uw cliënt voor rekening van voor verwijzende instelling is.  |
| Datum verwijzing | Klik hier als u een datum wilt invoeren. |
| Handtekening verwijzer |  |
| Verwijzing naar | Tactus Verslavingszorg |
| Naam zorgproduct | Specialistische GGZ Verslavingsproblematiek |