

Perspectiefplan Jeugd Externe verwijzers (huisartsen/medische specialisten) in combinatie met een JW315 bericht

1. Algemene gegevens

Aanvrager:

BSN			
Naam			
Adres			
Postcode, woonplaats			
Leeftijd			
Geslacht	V/M/X		
Telefoonnummer		Mobiel	
E-mail			
Inwonend bij			
Ingevuld door			
Ingevuld op			

Ouder(s)/verzorger(s):

Naam			
Adres			
Postcode, Woonplaats			
Leeftijd		Geslacht	V/M/X
Relatie			
Telefoonnummer		E-mail	
Gezag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing		

Ouder(s)/verzorger(s):

Naam			
Adres			
Postcode, Woonplaats			
Leeftijd		Geslacht	V/M/X
Relatie			
Telefoonnummer		E-mail	
Gezag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Niet van toepassing		

Gezinsleden:

Naam			
Leeftijd		Geslacht	V/M/X
Relatie			

Naam			
Leeftijd		Geslacht	V/M/X
Relatie			

Naam			
Leeftijd		Geslacht	V/M/X
Relatie			

Andere belangrijke personen:

Naam			
Leeftijd		Geslacht	V/M/X
Telefoonnummer		E-mail	
Relatie			

School:

Naam			
Contactpersoon			
Telefoonnummer		E-mail	

Huisarts

Naam			
Telefoonnummer		E-mail	

Medisch specialist:

Naam			
Telefoonnummer		E-mail	

Wat is uw vraag?

2. Beschrijving

Datum intake:	
Wie zijn er aanwezig bij de intake	
Naam:	Telefoonnummer:
Soort verwijzer	<input type="checkbox"/> Huisarts <input type="checkbox"/> Medisch specialist

Wonen en thuissituatie

Functioneren, ontwikkeling en opvoeding

Daginvulling (school, werk, dagbesteding, vrije tijd, sport)

Sociale contacten en netwerk
Lichamelijke gezondheid
Geestelijke gezondheid
Financiële situatie
Waar bent u trots op? Waar bent u tevreden over? DEZE VRAAG IS EEN KEUZE: OF DE VRAAG GESTELD WORDT, EN ZO JA, WANNEER?

Andere hulpverlening

Heeft u op dit moment hulp of ondersteuning? Zo ja, van wie en welke hulp of ondersteuning ontvangt u?
Welke hulpverlening heeft u in het verleden gehad? (resultaten en effecten)
Aanvullende informatie:

Wat wilt u bereiken? (in te vullen door inwoner/zorgaanbieder)

Resultaat		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Resultaat		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet door zorgaanbieder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Resultaat		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Resultaat		
Hoe wilt u dit bereiken?		
Doelen:	Wie:	Wanneer:
Inzet van zorgaanbieder? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		
Doelen:	Wie:	Wanneer:

Samenvatting, advies en motivatie:

--

In te zetten arrangement

--

Regisseur:

Naam:	Tel.:	E-mail:
--------------	--------------	----------------

Contactpersoon zorgaanbieder:

Organisatie:		
Naam:	Tel.:	E-mail:

Aanvullingen op het plan door cliënt/gezin

--

Met ondertekenen van dit perspectiefplan is uw aanvraag volledig

Datum:	Plaats:
Handtekening ouder 1:	Naam:
Handtekening ouder 2:	Naam:
Handtekening jeugdige (12+):	Naam:

*Door dit perspectiefplan te ondertekenen gaat u akkoord met het delen van dit plan met de gemeente.