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

|  |  |
| --- | --- |
| Naam Zorgaanbieder |  |
| Contactpersoon |  |
| E-mailadres |  |
| Telefoonnummer |  |
| Datum aanmelding lokale toegang |  |

**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 | Ja  Nee  Niet van toepassing | | |

**Ouder(s)/verzorger(s):**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam |  | | |
| Adres |  | | |
| Postcode, Woonplaats |  | | |
| Leeftijd |  | Geslacht | V/M/X |
| Relatie |  | | |
| Telefoonnummer |  | E-mail |  |
| Gezag | Ja  Nee  Niet van toepassing | | |

**2. Beschrijving**

|  |  |
| --- | --- |
| **Datum intake:** |  |
| **Wie zijn er aanwezig bij de intake** | |
| **Wat is uw vraag? Waar heeft u ondersteuning bij nodig?** *(Waar loopt u tegen aan?, Wat is volgens u de oorzaak van de situatie? , Wat doet u zelf en/of uw omgeving al om de situatie te veranderen?, Wat wilt u bereiken?)* | |

|  |
| --- |
| **Wonen- en thuissituatie** *(onderlinge relaties in het gezinssysteem, gezinsvorm, dag-structuur, rolverdeling)* |
| **Functioneren, ontwikkeling en opvoeding** *(sociaal emotionele ontwikkeling, gedrag thuis en op school, visie op opvoeding, normen en waarden, belangrijke levensgebeurtenissen)* |
| **Daginvulling** *(dagbesteding ouders en kinderen, eventuele onregelmatige schoolgang, contact met leraren/docenten, activiteiten die samen als gezin worden ondernomen, religie, sporten, sociale activiteiten, hobby’s)* |
| **Sociale contacten en netwerk** *(belangrijke personen in het netwerk, omgang met leeftijdsgenoten, relatie met familie)* |
| **Lichamelijke gezondheid** *(zijn er bijzonderheden te noemen?)* |
| **Geestelijke gezondheid** *(zijn er bijzonderheden te noemen?)* |
| **Financiële situatie** *(inkomen, schulden, steun/hulp)* |
| **Waar bent u trots op? Waar bent u tevreden over?** |

**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? ▢ Ja ▢ Nee** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultaat** | | |
| **Hoe wilt u dit bereiken?** | | |
| **Doelen:** | **Wie:** | **Wanneer:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Inzet door zorgaanbieder? ▢ Ja ▢ Nee** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultaat** | | |
| **Hoe wilt u dit bereiken?** | | |
| **Doelen:** | **Wie:** | **Wanneer:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Inzet van zorgaanbieder? ▢ Ja ▢ Nee** | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Resultaat** | | |
| **Hoe wilt u dit bereiken?** | | |
| **Doelen:** | **Wie:** | **Wanneer:** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Inzet van zorgaanbieder? ▢ Ja ▢ Nee** | | |

**Samenvatting, advies en motivatie:**

|  |
| --- |
|  |

**In te zetten arrangement**

|  |
| --- |
|  |

**Regisseur:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam:** | **Tel.:** | **E-mail:** |

**Contactpersoon zorgaanbieder:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisatie:** | | |
| **Naam:** | **Tel.:** | **E-mail:** |

**Willen cliënt/ouders iets aangeven wat er belangrijk is? Indien van toepassing**

|  |
| --- |
|  |

Door dit perspectiefplan te ondertekenen heeft u begrepen wat er in dit plan staat en gaat u akkoord met het delen van dit plan met de gemeente.

**Met ondertekenen van dit perspectiefplan is uw aanvraag volledig**

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