

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	<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		

2. Beschrijving

Datum intake:	
Wie zijn er aanwezig bij de intake	
Wat is uw vraag? Waar heeft u ondersteuning bij nodig? <i>(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?)</i>	
Wonen- en thuissituatie <i>(onderlinge relaties in het gezinssysteem, gezinsvorm, dag-structuur, rolverdeling)</i>	
Functioneren, ontwikkeling en opvoeding <i>(sociaal emotionele ontwikkeling, gedrag thuis en op school, visie op opvoeding, normen en waarden, belangrijke levensgebeurtenissen)</i>	
Daginvulling <i>(dagbesteding ouders en kinderen, eventuele onregelmatige schoolgang, contact met leraren/docenten, activiteiten die samen als gezin worden ondernomen, religie, sporten, sociale activiteiten, hobby's)</i>	
Sociale contacten en netwerk <i>(belangrijke personen in het netwerk, omgang met leeftijdsgenoten, relatie met familie)</i>	
Lichamelijke gezondheid <i>(zijn er bijzonderheden te noemen?)</i>	
Geestelijke gezondheid <i>(zijn er bijzonderheden te noemen?)</i>	
Financiële situatie <i>(inkomen, schulden, steun/hulp)</i>	
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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee		

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

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

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