

In te vullen door de regiebehandelaar.

1. Naam verzekerdeVoorletters en achternaam m v

_____ Straat	_____ Huisnummer
_____ Postcode	_____ Woonplaats
_____ Geboortedatum	_____ Relatienummer
_____ Telefoon	_____ Nationaliteit
_____ E-mailadres	_____ Datum

2. Welke onderliggende stoornissen gaat u behandelen?

3. Welke GGZ behandelaren zijn bij deze specialistische behandeling betrokken ?

4. Wie is regiebehandelaar en hoe vaak, hoe lang en op welke momenten zal deze regiebehandelaar betrokken zijn bij de behandeling?

5. Op welke momenten evalueert u het verloop van de behandeling en welke criteria hanteert u om het bereiken van de doelen te evalueren?

6. Welke behandelmethodes gaat u toepassen en welke disciplines passen deze methodes toe?

7. Hoe, en met welke frequentie, wordt de regiebehandelaar bij de deelbehandelingen betrokken?

Om te bepalen of betrokkene voldoet aan de criteria voor een opname in de specialistische GGZ vragen wij u om de onderstaande vragen te beantwoorden.

8. Op grond van welke onderliggende stoornis, somatisch dan wel psychiatrisch, is betrokkene op dit moment aangewezen op een therapeutisch leefklimaat, dan wel op een beschermende woonvorm?

9. Wanneer u van mening bent dat betrokkene gedurende de gehele behandeling aangewezen is op 24 uren zorg in de nabijheid, op grond van welke onderliggende medische stoornis is dat dan het geval?

10. Is er een noodzaak voor 24 uren zorg in nabijheid vanwege acute medische zorg?

11. Welke behandeling gaat u inzetten om deze noodzaak te doen afnemen?

12. Hoelang verwacht u dat het medisch verblijf nog gaat duren?

13. Welke stappen heeft u al genomen om de ambulante behandeling vorm te geven?

Wanneer u op de vragen ten aanzien van het verblijf op dit moment nog geen antwoord kunt geven kunnen wij niet overgaan tot het afgeven van een machtiging.

Naam regiebehandelaar :.....

Handtekening :

Specialisatie :.....

Bignummer :.....

AGB code :.....