Datum invullen:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Gegevens patiënt** | | | |
| Naam | Klik hier als u tekst wilt invoeren. Klik hier M/V | | |
| Geboortedatum | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| Adres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| Postcode, plaats | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| Telefoonnummer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| BSN nummer | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| E-mailadres patiënt | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
|  | | | |
| **Verblijfadres patiënt, indien afwijkend van het woonadres** | | | |
| Organisatie/relatie | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Adres | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Postcode, plaats | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Telefoonnummer | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| **Invullen indien patiënt onder de 24 jaar is:** | | | |
| Samenlevingsvorm ouders | | Kies een item. | |
| **Vader** | |  | |
| Naam | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Adres | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Postcode, plaats | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Telefoonnummer | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| E-mailadres | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Beroep: | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| **Moeder** | |  | |
| Naam | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Adres | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Postcode, plaats | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Telefoonnummer | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| E-mailadres | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
| Beroep: | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | |
|  | |  | |

|  |
| --- |
| **Gezinss**amenstelling: broer/zus |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Naam en relatie tot patiënt | geboortedatum | thuiswonend |
| 1 |  |  | Kies een item. |
| 2 |  |  | Kies een item. |
| 3 |  |  | Kies een item. |
| 4 |  |  | Kies een item. |
| 5 |  |  | Kies een item. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  | | |
| **Invullen indien ouders niet bij elkaar wonen en patiënt jonger is dan 16 jaar** | | | | |
| Is er een regeling omtrent het ouderlijk gezag? | | Kies een item. | | |
| Zo ja, wie van de ouders heeft het gezag? | | Kies een item. | | |
| Per welke datum? | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| Eventuele opmerking | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | |
| Naam huidige partner vader | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. Klik hier M/V | | |
| Naam huidige partner moeder | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. Klik hier M/V | | |
|  |  | | | |
| **Juridische maatregel** | | | | |
| Is er sprake van een juridische maatregel? | Kies een item. | | | |
| Toelichting | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
|  |  | | | |
| **Gegevens huisarts (indien afwijkend van verwijzer)** | | | | |
| Naam | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Adres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Postcode, plaats | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Telefoon | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Emailadres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| AGB-code huisarts | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| **Gegevens actieve behandelaar (indien afwijkend van verwijzer)** | | | | |
| Organisatie | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Naam en functie | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Adres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Postcode, plaats | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Telefoon | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Emailadres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
|  |  | | | |
| **Hulpvragen** | | | | |
| Hulpvraag vanuit patiënt | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| Hulpvraag vanuit ouders/betrokkenen | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | |
| |  | | --- | |  | |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Hulpverleningsgeschiedenis** | | | | | |  | Naam instelling | Vanaf (datum) | Tot (datum) | Omschrijving | | 1 |  |  |  |  | | 2 |  |  |  |  | | 3 |  |  |  |  | | 4 |  |  |  |  | | 5 |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | | | | | |
| Is er sprake geweest van opname in de afgelopen 30 dagen? | | | | Kies een item. |
| Indien ja, waar? | | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Indien ja, wanneer? | | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| **Beschrijf het praktisch functioneren van de patiënt** | | | | |
| Gezin/huidige verblijfsituatie | | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Huidige school/niveau onderwijs | | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Werk/dagbesteding | | | |  |
| Vrije tijd/sociaal netwerk | | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Is er sprake van middelengebruik? | | | | Kies een item. |
| Zo ja, welke middelen?  Medicatie:  Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| **Intake** | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | Wie moet(en) er voor een intakegesprek uitgenodigd worden? | Klik hier als u tekst wilt invoeren. | | | | | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | |  | |
|  | | | | |
| **Gelieve onderstaande bijlagen aan deze aanmelding toe te voegen** | | | | |
| Verwijsbrief: ondertekend en van datum voorzien  Diagnostisch onderzoeksverslag **met ontwikkelingsanamnese** waarin middels DSM IV of DSM 5 de diagnose autisme dan wel het vermoeden van autisme is gesteld.  Verslaglegging eerdere hulpverlening en/of onderzoek van de afgelopen 5 jaar  Verslag IQ en/of cognitief functioneren  Medicatie-overzicht (indien van toepassing)  Kopie van de getroffen juridische maatregel (indien van toepassing) | | | | |
|  | | |  | |

***ROM (Routine Outcome Monitoring)***

Wij vragen patiënten ten minste 1 betrokkene op te geven, die vragenlijsten over de patiënt kan invullen. Een betrokkene is iemand die de patiënt goed kent, bijvoorbeeld ouders, een partner of een vriend. De vragenlijsten worden digitaal naar het e-mailadres van de betrokkene(n) en de patiënt verzonden, daarom is het van belang dat er voor elk van hen, indien mogelijk, hieronder een eigen e-mailadres wordt vermeld.

|  |  |
| --- | --- |
| **De volgende persoon/personen geeft de patiënt op als betrokkene voor het invullen van de vragenlijsten:** | |
| Naam | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Relatie tot patiënt | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| E-mailadres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Naam | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| Relatie tot patient | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |
| E-mailadres | Klik hier als u tekst wilt invoeren. |

Patiënt en betrokkenen geven toestemming voor de ROM:

toestemming patiënt en betrokkenen

Berichtgeving huisarts:

toestemming huisarts

Berichtgeving verwijzer:

toestemming verwijzer