**Voor overleg:** Centraal Plaatsing Bureau Arkin 020 590 1120

**Mail op:** [opname@arkin.nl](mailto:opname@arkin.nl)

**In de aanhef:** [pgp] Aanmelding opname

**In de tekst:** Naam en geboortedatum van patiënt

\*verplichte velden

**Ik meld mijn patiënt aan in het kader van:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Vrijwillige opname  Vrijwillige opname i.h.k.v. een zorgmachtiging  Crisismaatregel  Zorgmachtiging | |  |
| **1). TYPE OPNAME AFDELING** | | | |
| 1.1). Afdeling\* | ☐ Open afdeling  ☐ Gesloten afdeling  ☐ Gesloten afdeling met insluitmogelijkheid  ☐ Gesloten afdeling met afzonderingsruimte  *(Afzonderen is niet mogelijk bij vrijwillige opname)* | | |
| 1.2). Locatie\* | Bovenregionale opname mogelijk:  ☐ Mentrum Trace klinisch  Enkel regionale opnames mogelijk:  ☐ Spoedklinieken van Mentrum (1e CH of KNM)  Voorkeur voor locatie: zo ja, waarom: ……………………………………………………..  ☐ Ouderenkliniek  ☐ Logeerbed op HOV-kliniek (max. 7 dagen)  ☐ Herstel Ondersteunende vervolgkliniek (HOV)  Voorkeur voor locatie: zo ja, waarom: …………………………………………………….. | | |
| 1.3). Verzoek tot opname binnen\*  (Dit geeft een indicatie voor hoe acuut de opname is. Dit betekend niet dat hieraan kan worden voldaan. We streven erna cliënt z.s.m. op te nemen) | ☐ Acute opname (binnen 24uur)  ☐ Binnen 48 uur of voor het weekend  ☐ Binnen 1 week  ☐ Conform wachtlijst | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **2). PATIENTGEGEVENS** | |
| Achternaam \* |  |
| Voorletters\* |  |
| Geslacht\* |  |
| Geboortedatum\* |  |
| Telefoonnummer thuis/mobiel |  |
| Zorgverzekering\* | Ja, polisnummer\*:  Nee |
| Dakloos **Ja** of **Nee**\* | Ja  Nee |
| Indien **Ja** omschrijf huidige verblijfplek (als deze bekend is) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **3). SITUATIE BIJ OPNAME** | |
| 3.1). Patiënt is woonachtig op adres:  (GBA check wordt ter controle gedaan)\* | Straat + nr.:  Postcode + plaats: |
| 3.2). Valt de woning onder toezicht of begeleiding van een instelling? Zo ja, welke: \* | Ja;  HVO Querido  Leger des Heils  De Volksbond  Amsta  Cordaan  Anders, namelijk;  Nee |
| *(Alleen 3.3 invullen als 3.2 met ‘ja’ beantwoord is)*  3.3). Betrokken woonbegeleider + contactgegevens |  |
| 3.4). Is er een aanmelding gedaan voor ‘Beschermd Wonen’ (BW) of ‘Maatschappelijke Opvang’ (MO) aanmelding? \* | Ja, de trajecthouder is; [naam + contactgegevens]  Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **4). REDEN AANMELDING** | |
| 4.1). Reden van aanmelden\*  *Graag de volgende informatie benoemen: wat is de huidige situatie van de patiënt? (verslaving, psychose, depressie, ontregelde persoonlijkheid etc.)*  *Heeft er een incident plaatsgevonden in de thuissituatie, moet er een herstelgesprek gepland worden voor terugkeer naar de woning?* |  |
| 4.2). Wat is de (DSM-V) hoofddiagnose\* |  |
| 4.3). Is patiënt bekend met verslaving? \* | Ja, namelijk; [type middel + hoeveelheid huidig gebruik]  Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **5). TIJDENS DE OPNAME** | |
| ***→ 5). Een langere klinische crisisopname is maximaal 90 dagen***  *Geef aan wat de behandeldoelen zijn voor langere klinische opname en geef een indicatie van de verwachte behandelduur als deze bekend is.* ***(overbruggen tot andere BW/MO voorziening of i.v.m. dakloosheid is geen klinisch behandeldoel)*** | |
| 5.1). Tijdens de opname denkt u aan de  volgende interventies (geef aan wat van toepassing is) \* | Ontgiften  Intake t.b.v. verdere behandeling  Diagnostiek naar: (Behandeling gericht op abstinentie)  Behandeling gericht op schadebeperking  Behandeling in het kader van ernstige psychiatrie en verslaving  Behandeling in het kader van triple diagnose (verslaving, ernstige psychiatrie, LVB)  Anders, namelijk: |
| 5.2). Is er sprake (of vermoeden) van cognitieve schade, Korsakov, somatische verslechtering of overvraging bij verstandelijke beperking? | Ja, namelijk;  Nee  Niet van toepassing |
| 5.3). Behandeldoel(en) voor klinische opname\* |  |
| 5.4). Wat is de huidige medicatie van patiënt? |  |
| 5.5). Kan patiënt behandeling in een groep aan? | Ja  Nee |
| 5.6). Wat is de bijdrage van de huidige  behandelaar aan het welslagen van de  opname? |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **6). UITSTROOM** | |
| 6.1). Verwacht wordt dat patiënt kan terugkeren naar woon- of verblijfplaats van voor de klinische opname\* | Ja  Ja, echt onder de volgende omstandigheden:  Nee, maar de volgende stappen zijn ondernomen om dakloosheid te voorkomen; ….. |

|  |  |
| --- | --- |
| **7). BEHANDELPLAN** | |
| 7.1). Is er een behandelplan? \* | Ja  Nee, toelichting; |
| **NB: Behandelplan is verplicht!**  Indien patiënt reeds in behandeling is bij Arkin gaan wij ervan uit dat dit in Mijn Quarant is terug te  vinden en geaccordeerd door patiënt. | |

|  |  |
| --- | --- |
| **8). SUICIDALITEIT** | |
| 8.1). Is er een risico op suïcidaliteit? \* | Ja, toelichting;  Nee |
| 8.2). Heeft de cliënt ooit een suïcidepoging ondernomen? \* | Ja, toelichting;  Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **9). AGRESSIE** | |
| 9.1). Is er tijdens intake en/of opname kans op agressie? \* | Ja, toelichting;  Nee |
| 9.2). Is de patiënt recentelijk gesepareerd geweest? \* | Ja, toelichting;  Nee |

|  |  |
| --- | --- |
| **10). VERWIJZER** | |
| Naam verwijzer\* |  |
| Functie verwijzer\* |  |
| AGB-code (indien externe aanmelding) |  |
| Telefoonnummer\* |  |
| E-mailadres |  |
| Bij afwezigheid bellen met  (eventueel ambulant team) |  |
| Datum aanmelding\* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indien extern verzoek:** | |
| Handtekening en/of stempel\* |  |
| Eventuele aanvullingen |  |