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

**Mail op:** 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 klinischEnkel 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 devolgende 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 huidigebehandelaar aan het welslagen van deopname? |  |

|  |
| --- |
| **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 tevinden 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 |  |