

Aanmeldformulier

FACT en YEP

Yulius FACT en YEP hebben een eigen aanmeldprocedure. Via dit formulier kunnen wij een betere inschatting maken op het gebied van geschiktheid en zorgzwaarte. Vul dit formulier zo volledig mogelijk in. Wij doen ons best de verwijzing binnen 10 werkdagen in behandeling te nemen.

Cliënt is geschikt

Bij geschiktheid wordt hij of zij spoedig gezien voor een intakegesprek. Hierna ontvangt uw cliënt een passend behandelplan voor onze FACT-diensten. U ontvangt uiteraard hiervan uiteraard een kopie.

Cliënt is niet geschikt

Wij doen er alles aan mensen met psychische problemen te helpen. Wanneer de cliënt echter niet geschikt is voor onze FACT-zorg, dan zullen wij u adviseren de cliënt naar een andere organisatie te verwijzen. Hierbij staat het optimale hersteltraject voor de cliënt uiteraard centraal.

Opsturen formulier

Print het formulier uit en vul deze in. Hierna scant en mailt u deze. Opsturen per post kan natuurlijk ook. Vergeet niet om ook een kopie van reeds uitgevoerde onderzoeken, een IQ-bepaling en de hulpvraag mee te zenden.

Yulius Aanmelding & Informatie Volwassenen

Hellingen 21

3311 GZ Dordrecht

Fax: 085 -77 36 512 / E-mail: secretariaataanmelding@yulius.nl

Aanmelden via ZorgDomein

U kunt een cliënt ook aanmelden via ZorgDomein. Hierbij kiest u zelf het juiste toegangspad en geeft u het afsprakenbericht mee aan de cliënt. Het volledige aanbod van Yulius staat bij het specialisme 'Psychiatrie/GGZ'.

Consultatie

Wilt u liever eerst overleggen over de zorgvraag van uw cliënt? Belt u dan tijdens kantooruren met Yulius via 088 40 52 021. Voor acute vragen buiten kantooruren belt u met de crisisdienst van Yulius. Voor het doorverwijzen van cliënten naar andere afdelingen van Yulius (dus niet FACT of YEP), vult u [het algemene verwijsformulier](#) in via de website. Op onze website vindt u ook de actuele wachttijden (kopje 'Verwijzers').

Yulius.nl/verwijzers

Februari 2017

Aanmeldformulier FACT en YEP

Gegevens verwijzer / verwijzende instelling	
Datum aanmelding:	
Naam verwijzer:	AGB-code:
Adres:	Postcode/plaats:
Telefoonnummer:	E-mailadres:

Gegevens patiënt	
Naam:	Voorletters: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Meisjesnaam:	Burgerlijke staat:
Geboortedatum:	Telefoon privé:
Adres:	Mobiel nummer:
Postcode plaats:	Telefoonnummer elders:
Soort identiteitsbewijs:	Nummer identiteitsbewijs:
Burgerservicenummer:	E-mailadres:

Gegevens contactpersoon (partner/vriend(in)/familielid)	
Naam:	Voorletters: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V
Adres:	Mobiel nummer:
Postcode/plaats:	Telefoonnummer elders:

Gegevens zorgverzekering / huisarts	
Naam verzekeraar:	Polisnummer:
Naam huisarts:	Telefoonnummer huisarts:
Adres:	Postcode/plaats:

Gegevens apotheek	
Naam apotheek:	Telefoonnummer:
Adres:	Postcode/plaats:

Z.O.Z.

Indicaties en contra-indicaties voor FACT zorg

Omcirkel bij onderstaande vragen het antwoord dat van toepassing is op uw cliënt. Wanneer u het antwoord niet weet laat u de vraag open.

- Is er sprake van een psychotische stoornis volgens de DSM-5? : JA / NEE
- Indien ja, spelen of speelden de psychotische symptomen voor het eerst in de biografie? : JA / NEE
- Is er sprake volgens de DSM sprake van een andere diagnose, zoals een bipolaire stoornis, autisme, persoonlijkheidsstoornis, zwakbegaafdheid of afhankelijkheid van middelen? : JA / NEE
- Zijn er beperkingen in het psychosociaal functioneren en zorgvragen op meerdere levensgebieden? : JA / NEE
(wonen, werken, dagbesteding, sociale relaties, zingeving) of HoNOS score ≥ 15)
- Heeft de cliënt weinig tot geen behandelmotivatie om aan herstelgerichte doelen te werken? : JA / NEE
- Is er sprake van zwakbegaafdheid (IQ<80) en begeleiding/ondersteuning vanuit ASVZ of MEE? : JA / NEE
- Is er een chronisch (> 3 jaar) beloop van de stoornis of langdurig (> 3 jaar) contact met de ggz? : JA / NEE
- Is er een onbehandelde of onvoldoende behandelde AS I-stoornis volgens de landelijke richtlijnen ggz? (zoals stemmingsstoornis, angststoornis, PTSS, verslaving, autisme, ADHD of eetstoornis) : JA / NEE
- Is er sprake van ernstig en oncontroleerbaar suïcidaal gedrag? : JA / NEE
- Is er sprake van antisociaal gedrag al dan niet met agressieve acting out? : JA / NEE
- Staan sociaal-maatschappelijke problemen nog op de voorgrond? : JA / NEE
(zoals geen ziektekostenverzekering, geen vaste woon- of verblijfplaats, onzekere verblijfsstatus)
- Is de cliënt ondanks het chronische karakter van de problematiek/stoornis psychiatrisch stabiel waardoor maximaal 750 minuten zorg per jaar nodig zijn? : JA / NEE

Classificatie volgens DSM-5

.....
.....

Beschrijvende diagnose

.....
.....
.....
.....

Z.O.Z.

Herstelgerichte hulpvraag vanuit cliënt

.....

.....

.....

.....

// Einde formulier