|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens verwijzer |  |
| Organisatie |  |
| Naam verwijzer |  |
| Telefoon contactpersoon |  |
| Aanmelddatum |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens vader/verzorger/voogd |  |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat & huisnummer |  |
| Postcode & woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN-nummer (alleen bij PSO-traject) |  |
| E-mail |  |
| Spreekt u Nederlands? | ☐ Ja☐ Nee, mijn voorkeurstaal is: |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens moeder/verzorger/voogd |  |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat & huisnummer |  |
| Postcode & woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN-nummer (alleen bij PSO-traject) |  |
| E-mail |  |
| Spreekt u Nederlands? | ☐ Ja☐ Nee, mijn voorkeurstaal is: |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens kind/jongere 1 |  |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat & huisnummer |  |
| Postcode & woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN-nummer |  |
| E-mail |  |
| Thuiswonend? |  |
| Spreekt kind/jongere Nederlands? | ☐ Ja☐ Nee, zijn/haar voorkeurstaal is: |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens kind/jongere 2 |  |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat & huisnummer |  |
| Postcode & woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN-nummer |  |
| E-mail |  |
| Thuiswonend? |  |
| Spreekt kind/jongere Nederlands? | ☐ Ja☐ Nee, zijn/haar voorkeurstaal is: |

|  |  |
| --- | --- |
| Gegevens kind/jongere 3 |  |
| Naam |  |
| Geboortedatum |  |
| Straat & huisnummer |  |
| Postcode & woonplaats |  |
| Telefoonnummer |  |
| BSN-nummer |  |
| E-mail |  |
| Thuiswonend? |  |
| Spreekt kind/jongere Nederlands? | ☐ Ja☐ Nee, zijn/haar voorkeurstaal is: |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Gezag ligt bij? | **Moeder** | **Vader** |
| Kind 1 |  |  |
| Kind 2 |  |  |
| Kind 3 |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Reden voor de aanmelding |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Hulpvraag van het gezin |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Welke hulpverlening is er tot nu toe betrokken geweest; denk aan Jeugdhulpverlening, GGZ en/of psychiatrie, Medische zorg. Noteer de betrokken instantie(s) en een korte omschrijving |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Bijzonderheden |  |

Aanmelding voor (aankruisen wat van toepassing is, meerdere opties mogelijk):

* Gezinsbehandeling
* Gezinsbegeleiding
* Ouderschapsbemiddeling
* Parallel Solo Ouderschap
* Begeleide omgang

Verwijzing (aankruisen wat van toepassing):

* Huisarts/Jeugdarts\*
* Gecertificeerde instelling (zoals SAVE, WSG, VTF)
* JEL
* Particulier (cliënt betaalt behandeling zelf)

 \* **Verwijzing arts meesturen** met aanmelding a.u.b.; zonder verwijzing kunnen wij de aanmelding niet verwerken!

Gewenste aanwezigheid bij intake van (aankruisen indien van toepassing, meerdere opties mogelijk):

* JEL
* Gezinsvoogd / Begeleider instantie
* SAVE / Veilig thuis
* Overig \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indien aanwezig graag onderzoeksverslag JEL meesturen bij aanmelding

# Toestemming

Ik geef hierbij toestemming dat de opgegeven gegevens geregistreerd en besproken mogen worden binnen Praktijk Valida. **Ondertekening door gezaghebbende(n) verplicht.**

**Zonder handtekening(en) kunnen wij de aanmelding niet in behandeling nemen!**

Naam jeugdige vanaf 12 jaar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening

Naam Ouder \ wettelijke vertegenwoordiger 1: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening

Naam Ouder \ wettelijke vertegenwoordiger 2: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum:

Handtekening