**AANMELDINGSFORMULIER JEUGD** Datum:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van uw kind: |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | m/v\* |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |
| Nr identiteitsbewijs |  |  Paspoort/ID kaart/Rijbewijs\* |
| Adres |  |
| Postcode + plaats |  |
| Gemeente |  |
| Mobiel nr kind (evt) |  |
| Email kind (evt) |  |
| School en groep |  |
| Huisarts  |  |
| Medicatie  |  |

Wilt u dat de huisarts op de hoogte wordt gehouden?

\*ja / nee

Loopt er elders op dit moment een behandeling?

\*ja, namelijk: / nee

Is er al contact met een sociaal/wijkteam?

\*ja, namelijk: / nee

Team:

Contactpersoon:

Geeft u toestemming om contact op te nemen met deze contactpersoon?
\*ja / nee

Aanmeldingsklacht kort beschreven:

Hoe heeft u de praktijk gevonden?

LET OP:

Is uw zoon/dochter nog geen 18 jaar? Dan valt de vergoeding van de zorg onder de gemeente. De gemeente waar u als ouder (gezaghebbende) geregistreerd bent, is verantwoordelijk voor de vergoeding en daarnaast zijn wij verplicht om u als ‘subclient’ toe te voegen aan het dossier van uw kind. Vandaar dat wij ook onderstaande gegevens van u vragen.

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van ouder 1: |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | m/v\* |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |
| Nr identiteitsbewijs |  |  Paspoort/ID kaart/Rijbewijs\* |
| Adres |  |
| Postcode + plaats |  |
| Gemeente |  |
| Tel thuis |  |
| Mobiel |  |
| Emailadres |  |
| Huisarts  |  |
| Beroep |  |

Om in aanmerking te komen voor vergoeding van de consulten, vragen wij via een beveiligd digitaal portaal toestemming aan uw gemeente om te starten met de zorg. De gemeente vraagt hierbij om een aantal gegevens.

Geeft u toestemming aan ons om de volgende gegevens **van uzelf en uw kind** via het beveiligde portaal aan de gemeente door te geven:

* Naam
* Burgerservicenummer (BSN)
* Geboortedatum
* Adres, postcode en woonplaats
* Verwijzer
* De tijd die wij aan het dossier besteden

 ja / nee \*

Als ook de andere ouder als subclient wil worden toegevoegd (niet verplicht) dan kunnen hier de gegevens worden ingevoerd.

**Let op: beide gezaghebbende ouders dienen wel schriftelijk toestemming te geven voor de intake en behandeling van hun kind (zie volgende pagina).**

|  |  |
| --- | --- |
|  | Gegevens van ouder 2: |
| Achternaam + voorletters |  |
| Roepnaam |  |
| Geslacht | m/v\* |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |
| Nr identiteitsbewijs |  |  Paspoort/ID kaart/Rijbewijs\* |
| Adres |  |
| Postcode + plaats |  |
| Gemeente |  |
| Tel thuis |  |
| Mobiel |  |
| Emailadres |  |
| Huisarts  |  |
| Beroep |  |

**Verplicht:**

**Toestemmingsverklaring voor onderzoek en behandeling van minderjarige kinderen: wanneer een ouder gezag heeft dient hij/zij toestemming te geven.**

Naam kind:

Geboortedatum:

Naam ouder 1:

Straat + huisnummer:

PC + Woonplaats:

Geeft hiermee **wel / geen \*** toestemming voor onderzoek en behandeling.

Handtekening:

Naam ouder 2:

Straat + huisnummer:

PC + Woonplaats:

Geeft hiermee **wel / geen \*** toestemming voor onderzoek en behandeling.

Handtekening: