**Aanmeldformulier vrijwillige opname intensieve PTSS-behandeling Sinai Centrum**

*We verzoeken u het formulier digitaal in te vullen en te ondertekenen. Vervolgens kan het worden verstuurd naar:**opname@arkin.nl*

|  |  |
| --- | --- |
| Datum aanmelding   |   |

**Verwijzer/regiebehandelaar**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam  |        | Functie  |        |
| Telefoonnummer  |        | AGB-code  |        |
| Tel bij afwezigheid   |        | Instelling  |        |
| E-mailadres  |    |   |   |

**Personalia cliënt**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Initialen  |        | Geslacht  |   |
| Achternaam  |        | Geboortedatum  |        |
| Adres  |        | BSN  |        |
| Postcode en plaats  |        | Nummer zorgverzekering  |        |
| Telefoonnummer  |        | Voertaal  |        |
| E-mailadres  |        |    |    |

**Nb. Sinai Centrum behandelt uitsluitend cliënten met een vrijwillige status én in een open setting.**

**Huisarts                                                                                                Apotheek**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam  |        | Naam  |        |
| Adres  |        | Adres  |        |
| Telefoonnummer  |        | Telefoonnummer  |        |
| Faxnummer  |        | Faxnummer  |        |
| Huisartsenpraktijk  |        |  AGB-code  |    |

**Probleemstelling:**
*Actuele beschrijvende diagnose (wat is het verband tussen wat iemand heeft meegemaakt en de klachten)*

|  |
| --- |
|  |

**DSM-classificatie:**

|  |
| --- |
|  |

**Beschrijf Indextrauma/A-criterium PTSS-diagnose**

*NB: Onder A-criterium valt blootstelling aan een feitelijke of dreigende dood, ernstige verwonding of seksueel geweld door het zelf te hebben moeten ondergaan of getuige te zijn geweest terwijl dit anderen overkwam. Bij een feitelijke of dreigende dood van een familielid of vriend(in), moet(en) de gebeurtenis(sen) gewelddadig van karakter zijn of een ongeval betreffen.*

|  |
| --- |
|  |

**Beschrijf Intrusies/B-criterium PTSS-diagnose**

*NB: Hieronder vallen herbelevingen, nachtmerries, flashbacks, lichamelijke onprettige sensaties die index trauma gerelateerd zijn.*

|  |
| --- |
|  |

 **Targets**

*Welke herinneringen/ beelden (waar cliënt het meeste last van heeft) wil de cliënt specifiek bij ons gaan behandelen? (Indien mogelijk targetlijst aanleveren)*

|  |
| --- |
|  |

 **Is er al evidence based PTSS-behandeling gestart?**

*Met welke therapievorm(en) wordt gewerkt? Wat is het effect?*

|  |
| --- |
|  |

 **Vervolgbehandeling (evidence-based) PTSS:**

*Kan cliënt binnen een week na ontslag van opname de evidence-based PTSS-behandeling bij u voortzetten? (Dit is een voorwaarde voor opname en dient door verwijzer zelf georganiseerd te worden)*

|  |
| --- |
|  |

**Gegevens vervolgbehandelaar:**

*(In verband met overdracht)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Instelling  |        | Functie  |        |
| Naam  |        | AGB-code  |        |
| Telefoonnummer   |        | Werkdagen  |        |
| E-mailadres  |    |   |   |

**Medicatie:**

|  |
| --- |
|  |

**Is er sprake van suïcidaliteit?**
*Uitingsvorm beschrijven, relevante voorgeschiedenis, beschermende factoren*

|  |
| --- |
|  |

**Is er sprake van middelengebruik of -afhankelijkheid?**
*Hoeveelheid gebruik, actuele situatie en relevante voorgeschiedenis.*

|  |
| --- |
|  |

**Is er een voorgeschiedenis van agressie of zelfbeschadigend gedrag?**
*Uitingsvorm beschrijven (incl. een inschatting van actuele risico).*

|  |
| --- |
|  |

**Samenwerking:**

*Zijn er bijzonderheden m.b.t. de motivatie, samenwerking, taalvaardigheid?*

|  |
| --- |
|  |

**Handtekening regiebehandelaar/huisarts:**

  **VERWIJZER**

|  |
| --- |
| Wat te regelen voor intake door verwijzer |
|  | PTSS diagnose gesteld |
|  | Duidelijk welke targets behandeld dienen te worden bij IBA |
|  | Lopende PTSS behandeling (evidence based – IE/EMDR) |
|  | Vervolg PTSS behandeling is georganiseerd (evidence based PTSS behandeling) |
|  | Kan worden voldaan aan “wat te regelen voor opname” |
|  | Vul het aanmeldformulier in |
|  |  |

|  |
| --- |
| Wat te regelen voor opname door verwijzer |
|  | Targetlijst compleet inclusief vermijding en veiligheidsgedrag |
|  | Signaleringsplan (suïcidaliteit/spanning) |
|  | Lopende PTSS behandeling (evidence based – IE/EMDR) |
|  | Vervolg PTSS behandeling is georganiseerd (evidence based PTSS behandeling) |
|  | Exposure in vivo materiaal verzamelen |
|  | Psycho educatie over PTSS & PTSS evidence based behandeling (IE/EMDR) |
|  | Patiënt is minimaal 2 weken gestopt met middelengebruik |
|  | Patiënt is bereid om angst aan te gaan en het programma te volgen |

**PATIENT**

|  |
| --- |
| Wat te regelen voor opname door patiënt |
|  | Duidelijk weten welke targets behandeld dienen te worden bij IBA |
|  | Exposure in vivo materiaal verzamelen en meenemen  |
|  | Signaleringsplan meenemen |
|  | Patiënt is minimaal 2 weken gestopt met middelengebruik |