Circuit voor autisme spectrum stoornissen en ADHD
Informatie ten behoeve van aanmelding

Aanmelddatum:

Gelieve informatie op te sturen: **per fax: 0478-527573**
per e-mail: med.secr.ADHD-Autisme
per post: De heer W.Verbeeck, psychiater
Oostsingel 3, 5802 AM Venray

1. Patiëntgegevens
Naam:
Geboortedatum:
Adres, woonplaats :
Telefoonnr. :
Geslacht :

2. Verwijzer
Naam, functie :
Telefoonnr. :

3. Huisarts
Naam :
Telefoonnr. :

4. Verzekering, polisnr. :

5. Reden verwijzing / hulpvraag:

6. Van wie komt de hulpvraag?
(Patiënt, systeem, verwijzer, etc.)

7. Hoe ziet het steunsysteem eruit? (familie, partner, kinderen, vrienden)

8. Hoe is de woonsituatie?

9. Hoe is de werksituatie?
Opleiding:
Werkverleden:
Huidige werksituatie:

10. Gegevens eventuele vorige behandeling(en)
* Is ooit de diagnose autisme-spectrum stoornis of ADHD gesteld?
  Zo ja, door wie en wanneer?
* Andere eerder gestelde diagnoses
* Gegevens (neuro)psychologisch onderzoek betreffende intelligentie, persoonlijkheid, levensloop, etc.
* Behandelingen, opnames, etc.

11. Welke vorm en intensiteit van zorg denkt u dat nodig is?
***** Ambulant ***** Deeltijd ***** Klinisch

12. Overige bijzonderheden