**Consultformulier/aanmeldformulier  
Syndroom van Korsakov**

|  |  |
| --- | --- |
| **Consultvraag** | Betreft:   * zorgadvies betreffende plaatsing * diagnostiek * behandeladvies * ambulante begeleiding * dagbehandeling   Toelichting:  Wat is de reden dat er nu hulp wordt gezocht?  Toelichting: |
| **Aanmelder** | Naam:  Functie:  Organisatie: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Gegevens cliënt** | |
| **Voorletters en naam** |  |
| **Geboortedatum** |  |
| **BSN** |  |
| **Adresgegevens en huidig verblijf** |  |
| **Burgerlijke staat** |  |
| **Medische voorgeschiedenis** |  |
| **Huisarts en apotheek** |  |
| **NPO** | Is er eerdere psychiatrische, cognitieve, intelligentie- of persoonlijkheids-diagnostiek verricht? Zo ja, graag brieven of onderzoeken meesturen.   * Ja * Nee |
| **Juridische status** |  |
| **Indicatiegegevens (WMO/WLZ)** |  |
| **Gebruikt de cliënt alcohol? Zo ja, hoeveel eenheden per dag?** |  |
| **Is er sprake van middelengebruik? Zo ja, welke?** |  |
| **Hoe is het gedrag van de cliënt momenteel?** |  |
| **Is er sprake van agressie? Zo ja; van welke aard?** |  |
| **Gebruikt de cliënt vitamine B1?**  **Hoe lang en op welke wijze?** |  |
| **Actuele medicatie** |  |
| **Is er (thuis)zorg ingezet? Zo ja, welke zorg/welke momenten/welke instelling?** |  |
| **Mobiliteit** |  |
| **Is er sprake van verpleeg-technische handelingen? (catheter, stoma etc.)** |  |
| **Gegevens 1ste contactpersoon** | Naam:  Emailadres:  Telefoonnummer: |
| **Gegevens verzekering** | Naam:  Polisnummer: |
| **Eventuele opmerkingen** |  |

**Graag meesturen met de consultvraag (indien van toepassing)**

* Recent NPO (indien aanwezig)
* (Aangevraagde) CIZ indicatie
* Medische gegevens (huidig en geschiedenis)

Neem voor vragen en/of opmerkingen contact op met onze consulent Korsakov.

**T** 010 2931555 (vraag naar de consulent Korsakov)

**E** [consulentkorsakov@leliezorggroep.nl](mailto:consulentkorsakov@leliezorggroep.nl)