**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