# Verwijsformulier

Vul a.u.b. het formulier zo volledig mogelijk in. Stuur het formulier - bij voorkeur via digitale ondertekening - samen met relevante bijlagen (zoals informatie over eerder onderzoek, behandelingen, of perspectiefplan) naar de aanmeldingen mail van de betreffende locatie. Op onze website [www.kabouterhuis.nl](http://www.kabouterhuis.nl) kunt u zien welke locatie van toepassing is.

|  |  |
| --- | --- |
| Datum |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Verwijzer (persoon/organisatie)** |  | | |
| Naam medewerker |  | | |
| Functie |  | AGB Code |  |
| E-mail adres |  | | |
| Telefoonnummer |  | | |
| Is er eerder contact geweest met een medewerker van het Kabouterhuis? | JA / NEE  Indien ja, met wie: | | |
| Is er sprake van GGZ problematiek? | JA / NEE | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam kind** |  | **Roepnaam en Voorletter(s)** |  |
| Geboortedatum |  | Geslacht |  |
| Straatnaam + huisnummer |  | | |
| Postcode + woonplaats |  | | |
| Geboorteplaats en -land |  | | |
| Nationaliteit |  | | |
| BSN kind |  | | |
| Verblijfsstatus |  | | |
| Zorgverzekeraar |  | Nummer |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Wijkteam** |  |
| Naam medewerker |  |
| Adresgegevens  (adres / postcode / plaats) |  |
| Contactgegevens  (telefoonnummer / e-mailadres) |  |
| **Huisarts Praktijk** |  |
| Naam huisarts |  |
| Adresgegevens  (adres / postcode / plaats) |  |
| Contactgegevens  (telefoonnummer / e-mailadres) |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam ouder/verzorger 1** |  | | **Roepnaam en Voorletters** |  |
| Geboortedatum |  | | Geslacht | Man / Vrouw |
| Adres (indien afwijkend van kind) |  | | | |
| E-mail adres |  | | | |
| Telefoonnummer(s) |  | | | |
| Geboorteland |  | Nationaliteit(en) | |  |
| (hoogst afgeronde) opleiding | 🔾 Geen 🔾 Basisonderwijs 🔾 Speciaal onderwijs 🔾 LBO 🔾 V(M)BO  🔾 HAVO 🔾 VWO 🔾 MBO 🔾 HBO 🔾 WO (Universiteit) | | | |
| Werk |  | Werkdagen | |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Achternaam ouder/verzorger 2** |  | | **Roepnaam en Voorletters** |  |
| Geboortedatum |  | | Geslacht | Man / Vrouw |
| Adres (indien afwijkend van kind) |  | | | |
| E-mail adres |  | | | |
| Telefoonnummer(s) |  | | | |
| Geboorteland |  | Nationaliteit(en) | |  |
| (hoogst afgeronde) opleiding | 🔾 Geen 🔾 Basisonderwijs 🔾 Speciaal onderwijs 🔾 LBO 🔾 V(M)BO  🔾 HAVO 🔾 VWO 🔾 MBO 🔾 HBO 🔾 WO (Universiteit) | | | |
| Werk |  | Werkdagen | |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Ouders spreken: | 🔾 Nederlands 🔾 Engels 🔾 Anders, nl.: | | |
| Is er een tolk nodig? | JA / NEE | | |
| Burgerlijke staat | 🔾 Gehuwd  🔾 Samenwonend  🔾 Gescheiden  🔾 Alleenstaand | | |
| Gezinssamenstelling: | 🔾 Eenoudergezin  🔾 Twee-oudergezin (beide biologische ouders)  🔾 Twee-oudergezin (één biologische ouder)  🔾 Adoptief  🔾 Pleegzorgplaats  🔾 Anders, nl: | | |
| Is er sprake van: | Co-ouderschap / omgangsregeling / geen contact met vader of moeder / n.v.t.  Anders: | | |
| **Gezag ouder/verzorger 1** | JA / NEE | **Gezag ouder/verzorger 2** | JA / NEE |
| Overige gezinsleden  (Naam +geboortedatum) |  | | |
|  | | |
| Indien sprake van juridische maatregel hier toelichten (inclusief naam instantie en naam contactpersoon) |  | | |
| **Naam GGD / JGZ / consultatiebureau** |  | | | |
| Adresgegevens  (adres / postcode / plaats) |  | | | |
| Contactgegevens  (telefoonnummer / e-mailadres) |  | | | |
| **Naam kinderopvang / peuterspeelzaal / voorschool / school** |  | | | |
| Naam contactpersoon |  | | | |
| Adresgegevens  (adres / postcode / plaats) |  | | | |
| Contactgegevens  (telefoonnummer / emailadres) |  | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **Eerdere hulpverlening**  (Ziekenhuis specialist, logopedie, fysiotherapie, JBRA, VTO, schoolbegeleidingsdienst, andere therapie/onderzoek e.d.) | 🔾 Nee  🔾 Ja (gegevens hieronder invullen) |
| **Naam instantie** |  |
| Soort onderzoek / behandeling: |  |
| Datum / sinds: |  |
| Naam contactpersoon: |  |
| Contactgegevens (telefoonnummer /  e-mailadres): |  |
| **Naam instantie** |  |
| Soort onderzoek / behandeling: |  |
| Datum / sinds: |  |
| Naam contactpersoon: |  |
| Contactgegevens (telefoonnummer /  e-mailadres): |  |
| **Naam instantie** |  |
| Soort onderzoek / behandeling: |  |
| Datum / sinds: |  |
| Naam contactpersoon: |  |
| Contactgegevens (telefoonnummer /  e-mailadres): |  |

|  |
| --- |
| **Reden van aanmelding** |
|  |
| **Medische bijzonderheden** *(somatische aandoeningen, motorisch, spraak- / taal, huidige medicatie)* |
|  |
| **Aandachtspunten op het gebied van veiligheid**  *Zijn er in het gezin wel eens omstandigheden die maken dat veilig opgroeien onder druk staat?*  *Hebben anderen zich het afgelopen jaar wel eens zorgen gemaakt over veilig opgroeien in het gezin?* |
|  |

|  |
| --- |
| **Beeld van het kind in context** |
| *Ouder-kind interactie* |
|  |
| *Kind thuis* |
|  |
| *Kind op kinderdagverblijf / peuterspeelzaal / voorschool / school* |
|  |
| *Derde milieu* |
|  |

|  |
| --- |
| **Verwachtingen van ouders** (*verwachtingen/resultaten uit Perspectiefplan of n.a.v. telefonisch uitvragen*) |
|  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening (stempel)