

Aanmeldformulieren



Aanmelddatum

Persoonlijke gegevens

Voorletters	Bewindvoering ja/nee
Roepnaam	Naam
Achternaam	Contactpersoon
Geboortedatum	Adres
Geboorteplaats	Postcode + Plaats
Nationaliteit	Telefoon
BSN	Email
Legitimatie ID/Paspoort/Rijbewijs	Documentnr legitimatie

Gegevens conform Gemeentelijke Basisadministratie	Andere verwijzer
Adres (huidig)	Contactpersoon
Woonachtig sinds (datum)	Adres
Postcode + Plaats	Postcode + Plaats
Telefoon	Telefoon
Email	Email

Zorgverzekaar: _____

Polisnummer: _____

Huisarts/verwijzer	Medicatie? Ja/nee
Plaats	
Is er sprake van psychiatrie? Ja/nee	
Indien ja, de informatie mee sturen met dit aanmeldformulier (behandelplan, diagnose etc).	

Relatie tot client: _____

Telefoon contactpersoon: _____

Is er sprake van **reclasseringstoezicht**? Ja/nee

Naam reclasseringsmedewerker: _____

Juridische status: _____

Naam organisatie: _____

Plaats: _____

Telefoon: _____

Aanmeldformulieren



Burgerlijke staat

- Gehuwd
- Gehuwd geweest
- Ongehuwd
- Samenwonend

Wonen

- Koopwoning
- Huurwoning
- Inwonend
- Beschermd woonvorm*

Opleidingsniveau

- Lager onderwijs
- VMBO
- MBO
- HBO
- Universitair

Leefsituatie

- Alleenstaand
- Met partner, met kinderen
- Met partner, zonder kinderen
- (Eenouder) gezin
- Zwervend, dakloos
- Anders

Werksituatie

- Schoolgaand/studerend
- Werknemer
- Zelfstandige
- Werkloos

Spreektaal

- Nederlands
- Overige:

Inkomen

- Loondienst
- Uitkering ja/nee

Zo ja, welke:

* Is er al een indicatie of beschikking voor beschermd wonen aanwezig?

- Ja
- Nee

Indien ja, graag een kopie van het besluit bijvoegen.

**TOESTEMMINGSFORMULIER VOOR HET OPVRAGEN EN UITWISSELEN VAN
MEDISCHE EN/OF PERSOONLIJKE GEGEVENS.**

Hierbij geef ik toestemming tot het uitwisselen van mijn medische, persoonlijke
en/of overige gegevens tussen:

en Stichting De Stam.

Naam

Geboortedatum

Adres

Postcode + Plaats

BSN nummer

Medische gegevens op te vragen bij en/of te overleggen met mijn huisarts:

Naam

Adres

Postcode + Plaats

Handtekening

Plaats:

Datum:

MEDICIJNKAART

Naam

Naam medicijn	Dosering	Wordt gebruikt tegen

Handtekening

Plaats: _____

Datum: _____