



Pagina 1 van de 4

In te vullen door de verwijzer.

Datum melding herindicatie	
----------------------------	--

Naam verwijzer	
Organisatie	
Telefoonnummer	
E-mailadres	

Naam cliënt	
Geboortedatum	

Welke medewerker(s) vanuit het Lokaal Team Baarn is/zijn reeds betrokken bij deze cliënt?

Naam medewerker	
Naam medewerker	

Einddatum huidige beschikking	
-------------------------------	--

Met ondertekening gaat u akkoord met de totale inhoud van dit document en geeft u akkoord voor het verzoek tot herindicatie bij het Lokaal Team van de gemeente Baarn.

	Cliënt	Ouder met gezag of voogd*	Ouder met gezag of voogd*
Naam			
Datum			
Handtekening			

**Als de cliënt jonger dan 12 jaar is, moeten alle ouders met gezag en/of voogd(en) dit formulier ondertekenen.*

Als de cliënt tussen de 12 en 16 jaar is, moet ook de cliënt zelf het formulier ondertekenen.

Als de cliënt ouder is dan 16 jaar, is alleen de handtekening van de cliënt zelf nodig.

In een cliëntgesprek kan worden gevraagd naar een identiteitsbewijs.

Ga verder naar de volgende pagina's.



Pagina 2 van 4

In te vullen door de verwijzer.

Resultaten en doelen

Welke doelen had u willen bereiken en in hoeverre zijn deze behaald?	
Welke ondersteuning is ingezet om bovenstaande doelen te bereiken?	
Welke hulpvraag heeft u voor herindicatie?	

Ga verder naar de volgende pagina's.



Pagina 3 van 4

In te vullen door de cliënt.

Inhoudelijk (cliëntperspectief)

I. Hoe gaat het met u op dit moment op de volgende levensgebieden?

Lichamelijke gezondheid	
Geestelijke gezondheid	
Activiteiten dagelijks leven	
Huisvesting	
Huiselijke relaties/opvoeding	
Dagbesteding	
Sociaal netwerk	
Financiën	
Anders, namelijk...	

Ga verder naar de volgende pagina.



Pagina 4 van 4

In te vullen door de cliënt.

2. Zijn er nog andere hulpverleners betrokken? Zo ja, welke hulpverlener(s)? Hoe vaak ziet u hen?

3. Wilt u verder nog iets aan ons vertellen?