## Vooraankondiging IBS opname (02-05-2023)

Algemene instructie

* Neem de uitsluitingscriteria (zie crisiskaart) door met de crisisdienst GGZ (degene die belt)
* De triagist van CAZHEM noteert de gegevens (in dit formulier vooraankondiging IBS)
* De triagist van CAZHEM mailt het formulier naar [Sozorgbalans@zorgbalans.nl](mailto:Sozorgbalans@zorgbalans.nl), [zorgbemiddeling@zorgbalans.nl](mailto:zorgbemiddeling@zorgbalans.nl) en [coordinator@cazhem.nl](mailto:coordinator@cazhem.nl)
* De triagist van CAZHEM vraagt aan de crisisdienst GGZ /de dienstdoende psychiater van de crisisdienst GGZ, contact op te nemen met de dienstdoende SO.
* Overdag ma – do: Michelle Pool 06 13 30 52 40
* Overdag ma, wo, do: Floris van der Velde 06 20 00 21 10
* Overdag vr: 088-1189214
* Bij geen bereikbaarheid (bijv. vakantieperiodes) en buiten kantooruren: dienstdoende SO van Zorgbalans via 088-1189214
* Dienstdoende SOG informeert bij besluit tot IBS de afdeling Triangel Piccolo van Den Weeligenberg (medio oktober 2023 locatie Sonnevanck)

**‘s avonds en ‘s nachts**

* mail het formulier naar [Sozorgbalans@zorgbalans.nl](mailto:Sozorgbalans@zorgbalans.nl), [zorgbemiddeling@zorgbalans.nl](mailto:zorgbemiddeling@zorgbalans.nl) en [coordinator@cazhem.nl](mailto:coordinator@cazhem.nl)
* De dienstdoende SO niet informeren maar wel telefoonnummer (**088 118 9214**) doorgeven aan triagist GGZ

**In te vullen door Triagist VVT**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam Triagist VVT |  |
| Naam triagist GGZ |  |
| Datum |  |
| Tijdstip |  |
| Omschrijving actuele situatie |  |
| Naam dienstdoende SO  doorgeven en zijn/haar mobiele nummer |  |
|  |  |
| Naam Cliënt |  |
| Geslacht |  |
| Adres |  |
| Postcode |  |
| Woonplaats |  |
| Bevindt de postcode/plaats zich in ons werkgebied | ja / ~~nee~~  zie bijlage |
| Geboortedatum |  |
| BSN |  |
| Zorgverzekering |  |
| Huisarts |  |
| Reeds in zorg bij (zorgaanbieder): |  |
| Aard van de zorg  (bijv. thuiszorg, wijkgerichte zorg, casemanagement) |  |

**In te vullen door dienstdoende SO**

|  |  |
| --- | --- |
| Naam psychiater GGZ |  |
| Naam SO VVT |  |
| Datum |  |
| Tijdstip |  |
| Gezondheidstoestand  (beschrijving van aandoening en gedrag) |  |
| Besluit |  |
| Zorgvraag komende uren |  |
| Overige afspraken |  |
| Afdeling de Piccolo informeren | Door dit formulier te mailen aan: [IBSPiccolo@zorgbalans.nl](mailto:IBSPiccolo@zorgbalans.nl)  Door de afdeling te bellen op: |