

**Aanmeldingsformulier Kernteam  
Samenwerkingsverband Autisme Regio Amsterdam  
AANVRAAG voor kinderen**

---

**Contactpersoon die naar het kernteam SA-Amsterdam verwijst:**

**Naam:**

**Functie:**

**Naam instelling:**

**Adres:**

**Telefoonnummer:**

**Datum:**

---

**Persoonsbeschrijving:**

Naam<sup>1</sup>:

Leeftijd:

Geslacht:

Diagnose:

As I:

As II:

As III:

As IV:

As V:

**Opvallende kenmerken, belangrijke zaken die in de huidige situatie een rol spelen:**

**Verblijfsituatie:**

Woonplek:

Dagbesteding /school:

**Probleeminventarisatie:**

**Hulpvraag/Probleemomschrijving:**

**Welke pogingen zijn er tot nu toe ondernomen om de hulpvraag te beantwoorden?**

**Factoren die een oplossing in het reguliere aanbod belemmeren:**

---

<sup>1</sup> De cliënt of diens wettelijke vertegenwoordiging dient het toestemmingsformulier te ondertekenen. Indien dit niet is ondertekend, mag de casus alleen geanonimiseerd bij het kernteam worden ingebracht.

---

***Welke instanties en/of individuele hulpverleners of behandelaars zijn betrokken?***

Instantie:

Contactpersoon:

Functie / discipline:

Aard van betrokkenheid:

Instantie:

Contactpersoon:

Functie / discipline:

Aard van betrokkenheid:

Instantie:

Contactpersoon:

Functie / discipline:

Aard van betrokkenheid:

---

***De verwijzer vraagt advies voor 1 of meerdere aspecten:***

- onderzoek/ specifieke diagnostiek
- onderzoek/ indicerende specifieke zorg
- advies/ consult
- Behandeling cliënt voor specifieke problematiek
- Specifieke training cliënt
- Specifieke adviezen t.b.v. ouders/ verzorgers/groepsleiding wonen/groepsleiding dagbesteding/school/overig

Toelichting

---

***Wat moeten de resultaten van het inzetten van het kernteam zijn voor***

De persoon zelf:

Ouders/verzorgers:

Leerkracht of Groepsleiding:

Andere betrokkenen:

*Eventuele opmerkingen:*

---

U kunt dit formulier mailen naar:

Inger Plaisier; e-mail: [i.plaisier@meeaz.nl](mailto:i.plaisier@meeaz.nl)

Of opsturen naar:  
Samenwerkingsverband Autisme Amsterdam  
T.a.v. Inger Plaisier  
p/a MEE Amstel en Zaan  
Vlaardingenlaan 1  
1059 GL Amsterdam

voor meer informatie: tel: 020 5127351

---

## Toestemmingsformulier Kernteam Samenwerkingsverband Autisme Regio Amsterdam

Datum

A: Ondergetekende(n):

Naam :

Geboortedatum :

*B: Uitsluitend invullen indien van toepassing:*

als wettelijk vertegenwoordiger (gezaghebbend ouder, curator, voogd of mentor) van:

Naam :

Geboortedatum :

C: Verklaart hierbij toestemming te geven aan mijn contactpersoon:

Naam :

Functie:

Naam instelling:

Adres:

Telefoonnummer:

Voor het bespreken van mijn casus in het Kernteam van het Samenwerkingsverband  
Autisme Amsterdam, en verklaar hiervoor dat (aankruisen wat van toepassing is)

- mijn contactpersoon mij heeft voorgelicht over de werkwijze en mogelijkheden van het kernteam.
- ik mijn contactpersoon toestemming geef mondelinge en schriftelijke informatie uit mijn dossier te verstrekken aan de leden van het kernteam, ter verduidelijking van mijn casus.
- ik mijn contactpersoon toestemming geef mijn casus geanonimiseerd te bespreken.

Handtekening client:	Handtekening contactpersoon:
Datum:	Datum: