

Kan iemand niet goed voor zichzelf zorgen? Of is iemand erg in de war? Dan moet hij of zij soms worden opgenomen in een instelling.

Als de cliënt zich verzet, dan kan diegene in sommige gevallen gedwongen worden opgenomen. Stemt de cliënt niet toe, maar verzet hij of zij zich ook niet? Dan toetsen wij of iemand volgens artikel 60 van de Wet Bopz kan worden opgenomen.

Na het opsturen van het formulier

Nadat we het ingevulde formulier van u hebben ontvangen, maken we een afspraak om de cliënt te bezoeken. We beoordelen tijdens het bezoek of opname of verblijf volgens artikel 60 van de Wet Bopz noodzakelijk is.

Dit doen we aan de hand van de volgende vragen:

- Zijn er mogelijkheden om opname of verblijf te voorkomen?
- Waarom kan de cliënt niet buiten een instelling wonen? Laat de cliënt bijvoorbeeld het gas aan staan? Of is het zo dat de cliënt wegloopt of zichzelf verwondt? Hierdoor kan opname noodzakelijk zijn.
- Hoe denkt de cliënt zelf over opname of verblijf? Kan de cliënt dit zelf duidelijk maken?

Na het onderzoek: drie uitkomsten mogelijk

Na het onderzoek zijn drie uitkomsten mogelijk:

1. De cliënt is het eens met de opname. Opname of verblijf kan zonder toepassing van artikel 60 van de Wet Bopz.
2. De cliënt verzet zich: de cliënt wil niet worden opgenomen, of niet langer opgenomen blijven. Opname of verblijf kan dan niet volgens artikel 60 van de Wet Bopz. Wel kan een rechterlijke machtiging (RM) of een inbewaringstelling (IBS) worden aangevraagd.
3. De cliënt verzet zich niet, maar kan ook niet aangeven dat hij het eens is met de opname. Opname of verblijf is dan mogelijk op basis van artikel 60 Wet Bopz.

We zetten de resultaten van het onderzoek altijd op papier. Het besluit sturen we aan de cliënt.

Vraagt u ook langdurige zorg (Wlz) aan?

Doet u een aanvraag voor langdurige zorg én een aanvraag voor een artikel 60-toets? Dan vult u eerst het formulier Aanvraag langdurige zorg (Wlz) in. U hoeft dan een groot deel van dit formulier niet meer in te vullen. Welk deel u niet hoeft in te vullen, leest u in de instructie bij de vragen.

Meer informatie?

Wilt u meer informatie? Kijk op ciz.nl of bel ons op telefoonnummer 088 - 789 10 00. Vanuit het buitenland belt u (0031) 88 - 789 10 00.

1. Uw persoonlijke gegevens

Het gaat hier om degene voor wie u de artikel 60-toets (Wet Bopz) aanvraagt.

Voorletters	Achternaam	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Roepnaam (als u de aanvraag doet voor een kind)	Meisjesnaam (als u uw partners naam gebruikt)		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Geboortedatum	Burgerservicenummer (BSN)		
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	<input type="text"/>		
Verblijfsstatus (alleen invullen als u niet de Nederlandse nationaliteit heeft)			
<input type="checkbox"/> Werkvergunning <input type="checkbox"/> Tijdelijk <input type="checkbox"/> Gedoog <input type="checkbox"/> Permanent			

► *Het invullen van het burgerservicenummer is verplicht. U vindt dit nummer op uw paspoort, rijbewijs of ander identiteitsbewijs. Kunt u het nummer niet invullen? Vermeldt u dan de reden hiervoor bij vraag 10.*

4. Langdurige zorg

Doet u ook een aanvraag voor langdurige zorg (Wlz)?

- Ja ► [ga naar vraag 10](#)
 Nee ► [ga naar vraag 5](#)

5. Uw adres

5a. Uw woonadres

Straat Huisnummer

Postcode Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

► Vermeld adres, postcode, woonplaats en telefoonnummer. Verblijft u tijdelijk in een zorginstelling? Vermeld dan ook de naam van de instelling, uw afdeling en het kamernummer.

5b. Uw tijdelijk verblijfadres

Alleen invullen indien van toepassing.

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Verwachte datum van ontslag uit het ziekenhuis (als dit bekend is)

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

5c. Uw postadres

Op welk adres wilt u post van ons ontvangen? Eén keuze mogelijk.

- Woonadres Contactpersoon 1 ([zie vraag 7](#))
 Tijdelijk verblijfadres Contactpersoon 2 ([zie vraag 7](#))
 Wettelijk vertegenwoordiger (zie vraag 2) Anders ► [vul hieronder in](#)

Straat Huisnummer

Postcode Plaats

Land Nederland Anders, nl

6. Uw burgerlijke staat

Niet invullen als u de artikel 60-toets (Wet Bopz) aanvraagt voor uw kind.

Heeft u een partner?

- Ja, ik ben getrouwd
 Ja, ik ben geregistreerd partner
 Ja, ik woon samen
 Nee, ik ben weduwe/weduwenaar ► [ga naar vraag 7](#)
 Nee, ik ben gescheiden ► [ga naar vraag 7](#)
 Nee, ik ben alleenstaand ► [ga naar vraag 7](#)

6a. Uw partner

Voorletters

Achternaam

Man Vrouw

Geboortedatum

 - -

Telefoonnummer (verplicht)

Woont uw partner op hetzelfde adres als u?

Ja Nee

7. Uw contactpersonen

Een contactpersoon benaderen we pas als we u niet kunnen bereiken. Deze persoon moet op de hoogte zijn van uw situatie. U hoeft hier niet uw partner te vermelden.

7a. Contactpersoon 1

Voorletters

Achternaam

Wat is de contactpersoon van u?

- Zoon Dochter Vader Moeder Broer Zus
 Anders, nl

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

7b. Contactpersoon 2

Voorletters

Achternaam

Wat is de contactpersoon van u?

- Zoon Dochter Vader Moeder Broer Zus
 Anders, nl

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

Telefoonnummer (verplicht)

8. Uw zorgverzekeraar

- Ik ben verzekerd in Nederland

Naam verzekeraar

Polisnummer

- Ik ben verzekerd in het buitenland

Land

- Ik ben niet verzekerd
 Ik weet het niet

9. Uw huisarts

Voorletters

Achternaam

Telefoonnummer

Straat

Huisnummer

Postcode

Plaats

Land Nederland Anders, nl

12a. Uw ondertekening

Heeft u alle verplichte vragen helemaal ingevuld? En stuurt u de verplichte documenten mee?
Onderteken dan het formulier. Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.

Datum

	-		-				
--	---	--	---	--	--	--	--

Handtekening

--

Plaats

--

12b. Ondertekening door gemachtigde/familie/wettelijk vertegenwoordiger

Heeft u alle verplichte vragen helemaal ingevuld? En stuurt u de verplichte documenten mee?
Onderteken dan het formulier. Door te ondertekenen, verklaart u dat u het formulier naar waarheid heeft ingevuld. We nemen alleen ondertekende formulieren in behandeling.

Voorletters

Achternaam

--

--

Telefoonnummer

--

Burgerservicenummer (BSN)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wat bent u van de zorgvrager?

- Partner
- Familie
- Wettelijk vertegenwoordiger
- Zorgaanbieder
- Contactpersoon
- Anders, namelijk

--

Heeft u deze aanvraag besproken met de zorgvrager?

- Ja
- Nee, omdat

--

Datum

	-		-				
--	---	--	---	--	--	--	--

Handtekening

--

Plaats

--

Stuur het ingevulde formulier terug naar:

CIZ
Postbus 2690
3500 GR Utrecht

E-mail: info@ciz.nl

WWW.CIZ.NL