|  |
| --- |
|  ZORGCIRCUIT HERSTELAANVRAAGFORMULIER[[1]](#footnote-1) |
| **O ARBEIDSCOACH GGZ**  **ZUID-NOOLIM** Sabinuslaan 13 3700 Tongeren **0490 65 86 96** katrien.schaeken@noolim.net | **O ARBEIDSCOACH GGZ**  **MIDDEN-NOOLIM** Sabinuslaan 13 3700 Tongeren **0490 65 86 96** katrien.schaeken@noolim.net | **O ARBEIDSCOACH GGZ**  **NOORD-NOOLIM** Kloosterpoort 13 3960 Bree **0490 65 86 94** chris.coenen@noolim.net |

**Deel 1**

**Personalia kandidaat**

**KLEVER MUTUALITEIT (of onderstaande invullen)**

Naam:………………………………………………….….Voornaam: ………………………………………….…

Geboortedatum: ……..…/…………/…………

Adres:…………………..……………………………………………………………………………………….…….

Telefoon / GSM: …………………………….…

Juridische situatie: □ niet van toepassing □ ………………………………………………….…

**Gegevens verwijzer**

|  |
| --- |
| Naam : .......................................................................................................................................................Voorziening/dienst : ……………………………..………………………………………………………………..Telefoonnummer : ………………………………….E-mail adres : ………………………………………  |

**Contactpersonen**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Functie** | **Naam** | **Adres** | **Telefoon** | **Betrokken bij** **aanvraag (ja/neen)** |
| Partner/andere steunfiguren |  |  |  |  |
| Psychiater |  |  |  |  |
| Huisarts |  |  |  |  |
| Andere betrokken netwerkpartners (bv thuisverpleging, familiehulp, OCMW, CGG…) |

**Huidige situatie + reden van aanmelding m.b.t. werk**

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Familiale situatie + specifieke levensgebeurtenissen**

……………………………………………..…………………………………………………………………………………………..…

……………………………………………………..……………………………………………………………………………..………

……………………………………………………………………………………………………………………………..……………..

………………………………………………………………………………………………………………………………..…………..

…………………………………………………………………………………………………………………………………..………..

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Financiële situatie gezin (meerdere items mogelijk)**

□ ziekte – uitkering □ loon kandidaat □ loon partner

□ invaliditeit □ werkloosheid □ pensioen

□ inkomensvervangende of integratietegemoetkoming □ leefloon □ andere:……………………..

**Deel 2 – medische gegevens**

**Psychiatrische gegevens (in te vullen door arts of toevoeging medisch verslag)**

Psychiatrische diagnose: DSM V: ……………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………….

***Indien diagnose niet gekend:* GGZ-consult Noolim (**[**www.noolim.net**](http://www.noolim.net)**)**

 🕿 CGG/LITP Maasland: 089 77 47 74

 🕿 CGG/LITP Genk: 089 98 97 77

 🕿 DAGG Maaseik: 08956 83 94

 🕿 VGGZ Tongeren: 012 23 44 91

Suicidepoging(en)? □ neen □ ja + datum/data: ……………..………………………………………..

Middelenmisbruik (alcohol/drugs/medicatie) □ neen □ ja + welke: ……………..……………………………

Somatische voorgeschiedenis:

……………………………………………………………………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………..

Gegevens over vroegere hulpverlening + contactpersonen (**gelieve verslaggeving toe te voegen**):

…………………………………………………………………………………………………………………….……………………..

…………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

……………………………………………………..……………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………………………………………….……………..

……………………………………………………..……………………………………………………………………………….……

**Medicatie (in te vullen door arts of toevoeging overzicht in bijlage)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicatie | Ochtend | Middag | Avond | Nacht |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Longacting (naam, dosis, frequentie):……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….........................................Toegediend door:……………………………………………………………………………………..……………………Zijn er afspraken en aandachtspunten i.v.m. de medicatie? ………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………...* Zelfstandige inname medicatie
* Medicatietoediening door………………………………………………….(+frequentie)………………………
* Klaarzetten medicatiedoos door : ……………………………………………………………………………….
 |

**KENNISGEVING**

voor het volgen van een traject- en loopbaanbegeleiding bij de arbeidscoach die verbonden is aan het centrum voor psychosociale revalidatie Validag te Tongeren (identificatienummer overeenkomst 7.72.027.93)

(In te dienen bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling)

Gegevens rechthebbende

Naam - voornaam:

 Kleefbriefje verzekeringsinstelling

Geboortedatum:

Voorwaarde van de revalidatie-overeenkomst om in aanmerking te komen voor een begeleiding door de arbeidscoach

Ondergetekende psychiater verklaart dat de rechthebbende lijdt aan een psychiatrische ziekte of stoornis die wordt aangeduid met één van de hieronder vermelde DSM-IV codes én die weliswaar voldoende gestabiliseerd is opdat een daadwerkelijke en bestendige professionele (re-) integratie gerealiseerd kan worden. Om dit te bereiken is de rechthebbende onvoldoende gebaat bij het bestaande aanbod van arbeidsbegeleiding en/of heeft hij/zij hiervoor nood aan een eerder langdurig begeleidingsproces.

*DSM code omcirkelen van de stoornis waaraan de rechthebbende lijdt.*

- Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen: 293.81, 293.82, 295.xx, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9

- Stemmingsstoornissen: 296.2x, 296.3x, 300.4, 311, 296.0x, 296.40, 296.4x, 296.6x, 296.5x, 296.7, 296.89, 301.13, 296.80, 293.83, 296.90

- Angst: 300.01, 300.21, 300.22, 300.29, 300.23, 300.3, 309.81, 308.3, 300.02, 293.89, 300.00

- Somatoforme stoornissen: 300.81, 300.11, 307.80, 300.7

- Dissociatieve stoornissen: 300.13, 300.14, 300.6

- Eetstoornissen: 307.1, 307.51, 307.50

- Stoornissen in de impulsbeheersing: 312.34

- Persoonlijkheidsstoornissen: 301.0, 301.20, 301.22, 301.7, 301.83, 301.50, 301.81, 301.82, 301.6, 301.4, 301.9

- Aanpassingsstoornissen: 309.0, 309.24, 309.28, 309.3, 309.4, 309.9

- Persoonlijkheidsstoornissen en gedragsstoornissen veroorzaakt door een ziekte, een hersenletsel of een hersendisfunctie: 293.89, 310.1, 293.9

- Gedragsstoornissen: 312.8, 313.81, 312.9

-

Datum, naam, RIZIV-erkenningsnummer en handtekening psychiater

Datum waarop de begeleiding aanvat:

Telefoonnummer, datum, naam en handtekening arbeidscoach:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **O ARBEIDSCOACH GGZ**  **ZUID-NOOLIM** Sabinuslaan 13 3700 Tongeren 0490 65 86 96 katrien.schaeken@noolim.net  | **O ARBEIDSCOACH GGZ**  **MIDDEN-NOOLIM** Sabinuslaan 13 3700 Tongeren 0490 65 86 96 katrien.schaeken@noolim.net | **O ARBEIDSCOACH GGZ** **NOORD-NOOLIM** Kloosterpoort 13 3960 Bree 0490 65 86 94 chris.coenen@noolim.net |

Om ervoor te zorgen dat u op ieder moment de best mogelijke zorg ontvangt, is soms een overleg nodig tussen de hulpverleners van verschillende organisaties. Uiteraard houden wij u tijdig op de hoogte van elke overleg dat we plannen en zullen u hiervoor dan ook tijdig uitnodigen.

Met dit formulier inventariseren we met welke personen en instanties u contact heeft en vragen we u de schriftelijke toestemming voor de bespreking van uw persoonlijke gegevens die relevant zijn met betrekking tot de aangeboden zorg, begeleiding en behandeling. Mocht u tijdens de begeleiding van mening veranderen, kunt u dit aangeven bij de begeleiding en wordt dit gewijzigd in het dossier.

**Toestemming.**

Ik,……………………………………………………….(*naam en voornaam cliënt*) geef de arbeidscoach GGZ van NOOLIM …………………….. (*regio*) toestemming om in overleg te gaan met andere hulpverleners, naasten die rechtstreeks in de zorg betrokken zijn voor het bespreken van persoonlijke gegevens die relevant zijn met betrekking tot de aangeboden zorg, begeleiding en behandeling.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam | Functie / organisatie | Toestemming  |
|  |  | O jaO nee |
|  |  | O jaO nee |
|  |  | O jaO nee |
|  |  | O jaO nee |
|  |  | O jaO nee |

*Handtekening cliënt of vertegenwoordiger Datum ondertekening*

*.……………………..* *.………/………/……..*

1. [↑](#footnote-ref-1)