|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ZORGCIRCUIT HERSTELAANVRAAGFORMULIER[[1]](#footnote-1) | | |
| **O Mobiel Team**  **ZUID-NOOLIM**  Waterstraat 9  3740 Bilzen  **0490 65 86 80**  [mobielteam.zuid@noolim.net](mailto:mobielteam.zuid@noolim.net) | | **O Mobiel Team**  **MIDDEN-NOOLIM**  Rijksweg 92  3630 Maasmechelen  **0490 65 86 70**  [mobielteam.midden@noolim.net](mailto:mobielteam.midden@noolim.net) | **O Mobiel Team**  **NOORD-NOOLIM**  Kloosterpoort 13  3960 Bree  **0490 65 86 60**  [mobielteam.noord@noolim.net](mailto:mobielteam.noord@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**

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

**Familiale situatie + specifieke levensgebeurtenissen**

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

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

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

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

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

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

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

□ loon kandidaat □ loon partner □ werkloosheid

□ ziekte-uitkering □ invaliditeit □ leefloon

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

**Doelstellingen**

|  |
| --- |
| **Gelieve aan te kruisen welke doelen u wenselijk acht:**   * Ontwikkeling van sociale en hulpverleningsnetwerk * Advisering van het bestaande sociale en hulpverleningsnetwerk * Coördinatie van het bestaande sociale en hulpverleningsnetwerk * Sociaal-emotionele ondersteuning van de cliënt * Sociaal-emotionele ondersteuning van de omgeving van de cliënt * Activering en/of (dag)structurering van arbeid, vrije tijd, ontmoeting en vorming * (Opvolging van) de behandeling (medicamenteus en/of psychiatrisch) en therapie * Opvolging van huishoudelijke taken * Opvolging van sociaal - administratieve begeleiding * Psycho-educatie * Hervalpreventie * Bewaken van therapietrouw * Motivering van de cliënt om zorg toe te laten   Heeft u als verwijzer **specifieke aandachtspunten** ivm de behandeling/begeleiding?  ……………………………………………..…………………………………………………………………………  ………………………………………………..………………………………………………………………………  ………………………………………………………………………………………………………………………..  Hoe ziet u uw **rol als verwijzer in de toekomst? Wenst u verder samen te werken via bv het zorgoverleg (MDO psy of LCO)**  ……………………………………………..…………………………………………………………………………  ……………………………………………………..…………………………………………………………………. |

**Deel 2 – medische gegevens**

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

Psychiatrische diagnose: DSM IV: ……………………………………………………………………………………

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

***Indien diagnose niet gekend:* GGZ-consult Noolim 089 73 03 98 (www.noolim.net)**

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 : ………………………………………………………………………………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **O Mobiel Team**  **ZUID-NOOLIM**  Waterstraat 9  3740 Bilzen  0490 65 86 80  [mobielteam.zuid@noolim.net](mailto:mobielteam.zuid@noolim.net) | **O Mobiel Team**  **MIDDEN-NOOLIM**  Rijksweg 92  3630 Maasmechelen  0490 65 86 70  [mobielteam.midden@noolim.net](mailto:mobielteam.midden@noolim.net) | **O Mobiel Team**  **NOORD-NOOLIM**  Kloosterpoort 13  3960 Bree  0490 65 86 60  [mobielteam.noord@noolim.net](mailto:mobielteam.noord@noolim.net) |

# TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik, ondergetekende …………………………………………………………………………,

verklaar mij akkoord dat, in het kader van mijn lopende aanvraag bij het Zorgcircuit Herstel, het begeleidend mobiel team (bovenaan team aanvinken) de documenten mag opvragen die zij nodig achten om tot een beslissing te komen.

Ik geef hierbij de toestemming alle nodige medische, psychiatrische en psychosociale gegevens door te geven aan het hele team.

Datum en handtekening:

1. [↑](#footnote-ref-1)