

AANVRAAGFORMULIER

Mobiel Team¹

| | | |
|---|---|--|
| <p>O Mobiel Team Zuidoost-Limburg Abdijstraat 2 3740 Bilzen 0490 65 86 80 mobielteam.zolim@noolim.net</p> | <p>O Mobiel Team Maasland Rijksweg 92 3630 Maasmechelen 0490 65 86 70 mobielteam.maasland@noolim.net</p> | <p>O Mobiel Team Kemp en Duin Kloosterpoort 13 3960 Bree 0490 65 86 60 mobielteam.Kempenduin@noolim.net</p> |
|---|---|--|

Bij een acute psychiatrische crisis gelieve rechtstreeks contact op te nemen met het mobiele crisisteam: 0490 65 86 50.

Deel 1

Personalia kandidaat

KLEVER MUTUALITEIT (of onderstaande invullen)

Naam: Voornaam:

Geboortedatum:/...../..... Geslacht: M / V / X

Adres:

Telefoon / GSM:

Rijksregisternummer:

Mutualiteit: Nummer mutualiteit:

Categorie: /

Juridische situatie:

Gegevens verwijzer

Naam :

Voorziening/dienst :

Telefoonnummer :

E-mail adres :

Contactpersonen

| Functie | Naam | Adres | Telefoon | Betrokken bij aanvraag (ja/nee) |
|-----------------------------|------|-------|----------|---------------------------------|
| Partner/andere steunfiguren | | | | |
| Psychiater | | | | |
| Huisarts | | | | |

¹ Werkingsgebieden Mobiele Teams:

Mobiel Team Zuidoost Limburg: Bilzen, Riemst, Hoeselt, Tongeren, Herstappe, Voeren

Mobiel Team Maasland: Lanaken, Maasmechelen, Dilsen-Stokkem, Maaseik, Kinrooi

Mobiel Team Kemp en Duin: Genk, As, Zutendaal, Oudsbergen, Bree

Andere betrokken netwerkpartners (bv thuisverpleging, familiehelp, OCMW, CGG...)

Huidige situatie + reden van aanmelding

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Familiale situatie + specifieke levensgebeurtenissen

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Financiële situatie gezin (meerdere items mogelijk)

- | | | |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> eigen inkomen | <input type="checkbox"/> loon partner | <input type="checkbox"/> werkloosheid |
| <input type="checkbox"/> ziekte-uitkering | <input type="checkbox"/> invaliditeit | <input type="checkbox"/> leefloon |
| <input type="checkbox"/> inkomensvervangende of integratietegemoetkoming | <input type="checkbox"/> pensioen | <input type="checkbox"/> 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** i.v.m. 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 (Gelieve verslaggeving toe te voegen)

Psychiatrische diagnose: DSM IV:

.....

Suïcidepoging(en)? neen ja + datum/data:

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

Somatische voorgeschiedenis:

.....

.....

.....

Gegevens over vroegere hulpverlening + contactpersonen

.....

.....

.....

.....

.....

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
Zuidoost-Limburg**
Waterstraat 9
3740 Bilzen
0490 65 86 80
mobielteam.zuid@noolim.net

**O Mobiel Team
Maasland**
Rijksweg 92
3630 Maasmechelen
0490 65 86 70
mobielteam.midden@noolim.net

**O Mobiel Team
Kemp en Duin**
Kloosterpoort 13
3960 Bree
0490 65 86 60
mobielteam.noord@noolim.net

TOESTEMMINGSFORMULIER

Ik, ondergetekende,
verklaar mij akkoord dat, in het kader van mijn lopende aanvraag bij het mobiel team,
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: