

# AANVRAAGFORMULIER

## Mobiel Team\*

**O Mobiel Team  
Zuidoost-Limburg**

Abdijstraat 2  
3740 Bilzen  
**0490 65 86 80**  
[mobielteam.zolim@noolim.net](mailto:mobielteam.zolim@noolim.net)

**O Mobiel Team  
Maasland**

Rijksweg 92  
3630 Maasmechelen  
**0490 65 86 70**  
[mobielteam.maasland@noolim.net](mailto:mobielteam.maasland@noolim.net)

**O Mobiel Team  
Kemp en Duin**

Kloosterpoort 13  
3960 Bree  
**0490 65 86 60**  
[mobielteam.kempenduin@noolim.net](mailto:mobielteam.kempenduin@noolim.net)

Bij **twijfel** over indicatie mobiel team, verwijst cliënt door naar het **regionaal Kruispunt**

Bij **acute psychiatrische crisis**, contacteer **mobiel crisisteam**: 0490 65 86 50

### Deel 1

#### Personalia kandidaat

Naam: .....	Voornaam: .....	
Geboortedatum: ...../...../.....	Geslacht: M / V / X	
Adres: .....		
Telefoon / GSM: .....	Juridische situatie: .....	
Mutualiteit: .....	<b>KLEVER MUTUALITEIT</b>	
Rijksregisternummer: .....		OF
Code gerechtigde: ..... / .....		

#### Gegevens verwijzer

Naam: .....	Telefoon / GSM: .....
Dienst: .....	E-mail: .....
Hoe ziet u uw toekomstige rol / samenwerking als verwijzer?	
.....	
.....	

#### Contactpersonen

Functie	Naam	Adres	Telefoon	Betrokken bij aanvraag?
Partner / steunfiguren				ja / nee
Ambulant psychiater				ja / nee
Huisarts				ja / nee

Andere betrokken netwerkpartners (bv. thuisverpleging, gezinszorg, OCMW, CGG,...):

.....

.....

\* 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

**Aanleiding van de aanvraag?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Waarom is een mobiele werking noodzakelijk?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Gezins- en systeemcontext?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Relevante levensgebeurtenissen?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Doelstellingen en verwachtingen?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Specifieke aandachtspunten?**

.....  
.....  
.....  
.....

## Deel 2 – Medische gegevens

### Psychiatrische gegevens

Gelieve **medische verslagen** toe te voegen, deze zijn **noodzakelijk** voor verwerking van uw aanvraag.

Psychiatrische diagnose DSM IV: .....

Suïcidepoging(en)?  neen  ja + datum: .....

Zelfverwondend gedrag?  neen  ja + datum: .....

Middelen- / medicatiemisbruik?  neen  ja + welke: .....

Agressie-incidenten?  neen  ja + datum: .....

Justitiële voorgeschiedenis?  neen  ja + datum: .....

Somatische aandoeningen:

.....  
.....  
.....

Gegevens vroegere hulpverlening + contactpersonen (Welzijn & GGZ):

Dienst	Contactpersoon

### 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. 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](mailto:mobielteam.zuid@noolim.net)

**O Mobiel Team  
Maasland**

Rijksweg 92  
3630 Maasmechelen  
0490 65 86 70  
[mobielteam.midden@noolim.net](mailto:mobielteam.midden@noolim.net)

**O Mobiel Team  
Kemp en Duin**

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 mobiel team,  
het 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 cliënt: