

**Mobiel**

**Team**

Geachte,

We hebben uw aanvraag voor begeleiding door het mobiel team Emergo voor (naam van de cliënt)       goed ontvangen.

We verzoeken bijgevoegde bundel nauwkeurig en volledig in te vullen en op te sturen (bij voorkeur via mail) naar

 mobiel team Emergo

 t.a.v. Roel Storms (roel.storms@emmaus.be)

 Stationsstraat 22c

 2570 Duffel

Na ontvangst nemen wij contact op met u.

We verzekeren u dat deze gegevens strikt vertrouwelijk zullen behandeld worden.

Tot slot willen we uw aandacht vestigen op het laatste blad van deze bundel. Het betreft een

toestemmingsformulier dat door de cliënt ondertekend dient te worden.

Met vriendelijke groeten,

Het mobiel team Emergo

Aanvraagformulier begeleiding mobiel team Emergo

Invuldatum:   /    /

|  |
| --- |
| Achternaam cliënt:      Voornaam cliënt:      Geboortedatum:   /    /     Adres:      Telefoon:      GSM:      Emailadres:      Rijksregisternummer:       |

|  |
| --- |
| Verwijzer:      Adres:      Tel/gsm:      Emailadres:       |

|  |
| --- |
| Wat maakt dat psychiatrische zorg in de thuissituatie wenselijk/noodzakelijk is?Visie cliënt:     Visie verwijzer:      |

***Psychische toestand:***

***In te vullen door de psychiater/huisarts***

|  |
| --- |
| * ***Huidige diagnose:***

* ***GAF-score:***
* ***Korte ziekte- en behandelgeschiedenis:***
* **Huidige toestand van het ziektebeeld:**
* **Somatische problemen:**
* **Lopende begeleidingen:**
* **In bijlage medicatiefiche toevoegen a.u.b.**
 |

**Sociale gegevens**

|  |
| --- |
| * Burgerlijke staat: [ ]  ongehuwd [ ]  gehuwd [ ]  samenwonend [ ]  weduwe/weduwnaar [ ]  gescheiden
* Leefsituatie: [ ]  alleenwonend  [ ]  samenwonend met: [ ]  partner en kind(eren) [ ]  partner [ ]  kinderen

 [ ]  ouders [ ]  ander familielid [ ]  andere relatie* Opleidingsniveau:

[ ]  lager onderwijs [ ]  secundair onderwijs [ ]  hoger niet-universitair [ ]  universitair * Hoofdberoep:
* Bron van inkomsten:
* Bedrag van inkomsten:
* Mutualiteit:
* Nationaliteit:
* Voertaal:
* Is betrokkene eerder in begeleiding geweest via een mobiel team of project psychiatrische thuiszorg? Zo ja, waar en wanneer:
* Voornaamste dagbestedingen:
* Juridische situatie: [ ]  vrijwillige behandeling [ ]  gedwongen behandeling [ ]  geïnterneerd
* Financiële situatie

[ ]  eigen beheer [ ]  budgetbegeleiding [ ]  voorlopige bewindvoering [ ]  collectieve schuldbemiddeling |

**Netwerkkaart:**

* Professioneel netwerk:

|  |
| --- |
| * Huisarts:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| * Psychiater:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| * Psycholoog:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| *Eigen ondersteuning :* Crisisplan/crisiskaart:      Signaleringsplan:      WRAP:      Actieplan:       |

|  |
| --- |
| *Andere ondersteunende diensten: thuiszorg, OCMW, dagactiviteitencentra……** Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| Andere ondersteunende diensten: thuiszorg, OCMW, dagactiviteitencentra……* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| *Ondersteuning opvoeding kinderen*:* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| *Ondersteuning opvoeding kinderen*:* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

* Niet professioneel netwerk:

|  |
| --- |
| Voornaamste steunfiguur* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| Belangrijke derde: partner, ouders, broers, zussen, kinderen, vrienden….* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| Belangrijke derde: partner, ouders, broers, zussen, kinderen, vrienden….* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

|  |
| --- |
| Belangrijke derde: partner, ouders, broers, zussen, kinderen, vrienden….* Naam:

Adres:      Tel nr.:      Emailadres:      Frequentie contact:       |

Datum:   /    /

Ondergetekende (naam van de cliënt)

Geboren op   /  /    , verklaart hiermede dat hij/zij dit

document gelezen en goedgekeurd heeft en akkoord gaat met de aanvraag

voor het opstarten van psychiatrische zorg in de thuissituatie.

De cliënt verleent met het ondertekenen van dit contract toestemming aan de

hulpverleners van dit project om tijdens het uitvoeren van hun taak overleg te

plegen en informatie op te vragen met alle hulpverleners die betrokken zijn bij de zorg van de cliënt.

Ondergetekende

Handtekening: