

1. ALGEMENE GEGEVENS PATIËNT

Naam* :

Voornaam*:

Adres*:

Geslacht*: M / V

Geboortedatum*:

Mutualiteit (naam en nummer)*:

Rijksregisternummer*:

Tel:

GSM:

Burgerlijke staat*:

0 Ongehuwd

0 Gehuwd

0 Feitelijk gescheiden

0 Wettelijk gescheiden

0 Weduwe (naar)

0 Burgerlijke staat niet bepaald

2. PROJECTGERELATEERDE GEGEVENS

PSYCHIATRISCHE DIAGNOSE: (gelieve, indien gekend, DSM-codes* te vermelden)

Hoofddiagnose:

Secundaire diagnose:

OMSCHRIJF DE PSYCHIATRISCHE SYMPTOMEN:

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

* Gegevens zijn noodzakelijk voor eventuele inclusie in het therapeutische project

3. PROJECTSPECIEFIEKE GEGEVENS

Woonsituatie:

(voor betrokkenen in gevangenis/psychiatrisch ziekenhuis verbleef of tijdens huidige ambulante begeleiding)

- | | |
|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Alleenwonend | <input type="checkbox"/> Samenwonend met partner |
| <input type="checkbox"/> Samenwonend met moeder | <input type="checkbox"/> Samenwonend met partner en kind(eren) |
| <input type="checkbox"/> Samenwonend met vader | <input type="checkbox"/> Samenwonend met iemand anders |
| <input type="checkbox"/> Samenwonend met beide ouders | <input type="checkbox"/> |

Kinderen:

- Ja
 Nee

Onderwijsniveau:

- | | |
|----------------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Universitair niveau | <input type="checkbox"/> BLO |
| <input type="checkbox"/> Hoger, niet-universitair niveau | <input type="checkbox"/> BuSO |
| <input type="checkbox"/> ASO | <input type="checkbox"/> Lager onderwijs |
| <input type="checkbox"/> TSO | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> BSO | |

Voornaamste dagbezigheid in het verleden:

- | | |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nooit gewerkt | <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk |
| <input type="checkbox"/> Reguliere arbeidscircuit | <input type="checkbox"/> Sociale Bedrijven Centrum |
| <input type="checkbox"/> Bediende | <input type="checkbox"/> Therapie |
| <input type="checkbox"/> Zelfstandige | <input type="checkbox"/> Dagverpleging |
| <input type="checkbox"/> Beschutte werkplaats | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Activiteitencentrum | <input type="checkbox"/> Onbekend |

Huidige dagbezigheid:

- | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Geen specifieke dagbezigheid | <input type="checkbox"/> Beschutte werkplaats |
| <input type="checkbox"/> Reguliere arbeidscircuit | <input type="checkbox"/> Activiteitencentrum |
| <input type="checkbox"/> Bediende | <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk |
| <input type="checkbox"/> Zelfstandige | <input type="checkbox"/> Therapie |
| <input type="checkbox"/> Dagverpleging | <input type="checkbox"/> Andere |
| <input type="checkbox"/> Sociale Bedrijven Centrum | <input type="checkbox"/> Onbekend |

Bij welke hulpverleningsinstantie is betrokkenen reeds in begeleiding/behandeling geweest?

- Contact met GGZ:
 - 0 Nog nooit in contact geweest met GGZ
 - 0 Vroeger in contact geweest met GGZ
 - 0 Nu in contact met GGZ
 - 0 Onbekend

- Aard contact met GGZ (voorbije jaar)

		Eénmalig	Meermaals
010	CGG Noorderkempen		
011	CGG Zuiderkempen		
020	PAAZ Turnhout		
021	Ander PAAZ:		
030	OPZ Geel		
031	PZ Zoersel		
032	Ander PZ:		
050	Beschut wonen		
090	Psychiater		
091	Psycholoog		
080	Ander:		

4. RELEVANTE GEGEVENS

Wat is de vraag voor het zorgoverleg?

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

Stemt de cliënt in met de aanvraag voor een zorgoverleg? JA / NEE

Zal de cliënt aanwezig zijn bij het zorgoverleg? JA / NEE

Aanmelder:

Naam:

Organisatie:

Adres:

Tel:

E-mail: