Aanmeldingsformulier

Mobiel Team Langdurige Zorg “*KWADRAAT*”[[1]](#footnote-1)

***Registratiedatum aanmelding:*** .…. / ..… / .…. (voorbehouden aan het mobiel team)

**Identificatiegegevens cliënt volledig in te vullen**

* *Naam & voornaam cliënt:*
* *Geslacht:*
* *Geboortedatum:*
* *Adres woonplaats:*
* *Telefoon / GSM:*
* *E-mailadres:*
* *Rijksregisternummer:*
* *Woonsituatie:*
[ ]  Alleenwonend [ ]  Samenwonend [ ]  Ouderlijk gezin [ ]  Eigen gezin [ ]  Inwonend
* *Kinderen (naam, leeftijd, thuiswonend):*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Naam & voornaam***  | ***Leeftijd***  | ***Thuiswonend*** |
|   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
|   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
|   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |

* *Taal:* [ ]  Nederlandstalig [ ]  Anderstalig:
* *Huisdieren:* [ ]  Ja [ ]  Neen
* *Is de cliënt op de hoogte van de aanmelding?*

[ ]  *Ja* [ ]  *Neen*
*Gaat de cliënt akkoord:*[ ]  *Ja*

[ ]  *Neen ⇨ waarom niet?*

* *Wenst de cliënt dat er iemand aanwezig is tijdens het aanmeldingsgesprek ?*[ ]  Ja [ ]  Neen
*Zo ja* ⇨ *wie?*

**Verwijzer volledig in te vullen**

* *Naam:*
* *Dienst/hulpverlener:*
* *Contactgegevens:*
	+ *Telefoon:*
	+ *E-mail:*

**Reden van aanmelding volledig in te vullen**

*Wat zorgt er voor dat het Mobiele team een meerwaarde kan zijn?*

*Wat is de hulpvraag?*

* *Van de cliënt?*

* *Van de aanmelder?*

**Risicotaxatie (risico op schade tav zichzelf of anderen) volledig in te vullen**

Suïcidaliteit: [ ]  Ja [ ]  Neen

* *Indien ja:*

[ ]  *Niveau 0: Geen dreiging*

[ ]  *Niveau 1: Uiten suïcidale gedachten, bezit zelfcontrole*

[ ]  *Niveau 2: Dreiging in ernstige mate; voorbereiden en plannen*

[ ]  *Niveau 3: Acute risicosituatie met extra opvolging (advies: contacteer de huisarts en meldt aan bij het mobiel team acute zorg)*

[ ]  *Niveau 4: Continu verlies van zelfcontrole met pogingen (advies: neemt op*

 *met de huisarts en / of dienst 112)*

* *Suïcidepogingen in het verleden?* [ ]  *Ja* [ ]  *Neen*
* *Indien ja, wanneer was de laatste poging?*

Zelf verwondend gedrag: [ ]  Ja [ ]  Neen

* *Indien ja, wanneer voor laatst gebeurd?*
* *Welke vorm? (kerven, brandwonden,….)*

Agressie: [ ]  Ja [ ]  Neen

* *Indien ja, wanneer voor laatst gebeurd?*
	+ *Is deze gericht naar materialen?*
	+ *Is deze gericht naar personen?*
		- [ ]  *T.a.v. derden*
		- [ ]  *T.a.v. hulpverleners*

Middelenmisbruik: [ ]  Ja [ ]  Neen

* *Indien ja, wanneer voor het laatst gebruikt (recent of in verleden) ?*
* *Welk middelen?*
* *Wordt dit momenteel opgevolgd en door wie?*

Desoriëntatie: [ ]  Ja [ ]  Neen

* *In tijd?*
* *In ruimte?*
* *Persoon?*

**Betrokken actoren graag in te vullen**

Niet-professionele steunfiguren/ mantelzorgers van de cliënt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Naam** | **Relatie tot cliënt** | **Adres / telefoon / e-mail** | **Toestemming contactname**  |
|   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
|   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
|   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
|   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |

Professionele hulpverleners

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dienst** | **Naam** | **Telefoon** | **Mail** | **Toestemming contactname** |
| Huisarts |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Psychiater |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Psycholoog |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Thuisverpleging |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Gezinszorg / poetshulp |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Justitiële opvolging  |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| OCMW/CAW/… |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Bewindvoerder |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |
| Andere |   |   |   | [ ]  *Ja* [ ]  *Neen* |

* *Is er reeds een netwerkoverleg geweest:* [ ]  *Ja* [ ]  *Neen*
* *Is er een netwerkoverleg gepland in de toekomst:* [ ]  *Ja* [ ]  *Neen
Zo ja ⇨ datum overleg:*
* *Beschikt de cliënt momenteel over de vaardigheden om zelf naar ambulante diensten te stappen*: [ ]  *Ja* [ ]  *Neen*

 *Zo neen  welke zijn de belemmerende factoren:*

**Voorgeschiedenis in te vullen of in bijlage**

Psychiatrische diagnose (*hoeft niet zelf ingevuld te worden,* ***indien er een medisch-psychiatrisch verslag is toegevoegd)***

* *Hoofddiagnose:*
* *Subdiagnose:*
* *Diagnose gesteld door:*

Relevante medische diagnose(s):

Huidige medicatie

* *Is cliënt medicatietrouw:* [ ]  *JA* [ ]  *NEEN*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Geneesmiddel** | **Ochtend** | **Middag** | **Avond** | **Nacht** |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |

 ***Het ingevulde aanmeldingsformulier en het medisch-psychiatrisch verslag kan samen opgestuurd worden naar:***

***“Mobiel team langdurige zorg Kwadraat, t.a.v. de aanmeldingscoördinator – ONZE LIEVE-VROUWEMARKT 20-22, 8800 Roeselare”***

***Voor bijkomende vragen of informatie kan je terecht op 051 69 10 63 of de webpagina van Kwadraat (***[***www.netwerkkwadraat.be***](http://www.netwerkkwadraat.be)***).***

1. Werkingsgebied: Ardooie, Dentergem, Heuvelland, Hooglede, Houthulst, Ieper, Ingelmunster, Izegem, Langemark-Poelkapelle, Ledegem, Lendelede, Lichtervelde, Lo-Reninge, Mesen, Meulebeke, Moorslede, Oostrozebeke, Pittem, Poperinge, Roeselare, Ruiselede, Staden, Tielt, Vleteren, Wingene, Zonnebeke [↑](#footnote-ref-1)