Aanmeldingsformulier  
Mobiele werking Dubbeldiagnose &

Consulentenwerking Limburg

# Gegevens cliënt

|  |  |
| --- | --- |
| Naam + voornaam |  |
| Geboortedatum |  |
| Verblijfadres |  |
| Telefoon / GSM |  |
| Rijksregisternummer |  |
| Mutualiteit |  |

# Gegevens aanmelder

|  |  |
| --- | --- |
| Naam + voornaam |  |
| Voorziening / dienst (VAPH / GGZ) |  |
| Contactnummer |  |
| E-mailadres |  |
| Verantwoordelijke arts |  |

# Hulpverlening (indien gegevens beschikbaar)

|  |  |
| --- | --- |
| IQ- gegevens |  |
| SEO-gegevens |  |
| VAPH nummer |  |
| VAPH statuut: aantal punten/budget |  |
| Psychiatrische diagnose |  |
| Huidige hulpverlening |  |
| Huidige medicatie |  |
| Hulpvraag cliënt / hulpverlener |  |
| Hulpverleningsgeschiedenis |  |

# Situatie cliënt

|  |  |
| --- | --- |
| Huidige situatie /  reden van aanmelding |  |
| Beleving van de cliënt van de huidige situatie / reden van aanmelding |  |
| (Gevolgde) opleiding (ook indien niet afgerond) |  |
| Werk |  |
| Familiale situatie |  |
| Sterktes van de cliënt |  |

# Doelstelling

|  |  |
| --- | --- |
| Wat is de aanleiding voor deze aanvraag? |  |
| Wat is het doel van deze aanmelding?  Wat verwacht u van ons? |  |
| Wat is uw rol als verwijzer? |  |

# Toestemmingsverklaring

Beschikt uw dienst reeds over een toestemmingsverklaring voor het uitwisselen van informatie, ondertekend door de cliënt? Gelieve dit dan aan deze aanmelding toe te voegen.

Indien er nog geen schriftelijke toestemmingsverklaring beschikbaar is, gelieve het document hieronder door de cliënt te laten invullen en ondertekenen

**MOBIELE WERKING DUBBELDIAGNOSE &**

**CONSULENTENWERKING LIMBURG**

Toestemming voor het opvragen / uitwisselen van informatie

**Ondergetekende, gezinshoofd, ouder of voogd,**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Adres :**

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

**\* Geeft toestemming aan de Mobiele Werking Dubbeldiagnose & Consulentenwerking Limburg om informatie op te vragen bij:**

* Diensten die in het verleden betrokken waren.
* Diensten die momenteel betrokken zijn.

**\* Geeft toestemming aan de Mobiele Werking Dubbeldiagnose & Consulentenwerking Limburg om informatie uit te wisselen met:**

* Diensten die noodzakelijk blijken voor het uitbouwen van het professionele netwerk.
* Diensten die noodzakelijk zijn om een budgetvraag VAPH te kunnen indienen.

**\* Geeft geen toestemming aan de Mobiele werking Dubbeldiagnose & Consulentenwerking Limburg om informatie op te vragen bij, of uit te wisselen met:**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Bovenstaande, telkens in overleg met de aanmelder.**

Handtekening : ………………………….. Datum : ……./……./……….