

ZORGCIRCUIT HERSTEL

AANVRAAGFORMULIER¹

**O ARBEIDSCOACH GGZ
ZOLIM-NOOLIM**

Sabinuslaan 13
3700 Tongeren
0490 65 86 96

katrien.schaeken@noolim.net

**O ARBEIDSCOACH GGZ
MAASLAND-NOOLIM**

Rijksweg 92
3630 Maasmechelen
0490 65 86 94

chris.coenen@noolim.net

**O ARBEIDSCOACH GGZ
KEMP & DUIN -NOOLIM**

Kloosterpoort 13
3960 Bree

0490 65 86 96

katrien.schaeken@noolim.net

Deel 1

Datum:
Personalia kandidaat

KLEVER MUTUALITEIT (of onderstaande invullen)

Naam: Voornaam:

Geboortedatum:/...../..... RRN:

Adres:

Telefoon / GSM:

Mail:

Juridische situatie: niet van toepassing

Gegevens verwijzer

Naam :

Voorziening/dienst :

Telefoonnummer :

E-mail adres :

Contactpersonen

Functie	Naam	Adres	Telefoon	Betrokken bij aanvraag (ja/nee)
Partner/andere steunfiguren				
Psychiater				
Huisarts				
Andere betrokken netwerkpartners (bv thuisverpleging, familiehelp, OCMW, CGG...)				

Deel 2 – medische gegevens

Psychiatrische gegevens (in te vullen door arts of toevoeging medisch verslag)

Psychiatrische diagnose: DSM V:

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

Indien diagnose niet gekend: GGZ-consult Noolim (www.noolim.net)

☎ CGG/LITP Maasland: 089 77 47 74

☎ CGG/LITP Genk: 089 98 97 77

☎ DAGG Maaseik: 08956 83 94

☎ VGGZ Tongeren: 012 23 44 91

Suicidepoging(en)? neen ja + datum/data:

.....

Middelenmisbruik (alcohol/drugs/medicatie) neen ja + welke:

.....

Somatische voorgeschiedenis:

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

Gegevens over vroegere hulpverlening + contactpersonen (**gelieve verslaggeving toe te voegen**):

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

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. de medicatie?

 Zelfstandige inname medicatie
 Medicatietoediening door.....(+frequentie).....
 Klaarzetten medicatiedoos door :

KENNISGEVING

voor het volgen van een traject- en loopbaanbegeleiding bij de arbeidscoach die verbonden is aan het centrum voor psychosociale revalidatie Validag te Tongeren (identificatienummer overeenkomst 7.72.027.93)

(In te dienen bij de adviserend geneesheer van de verzekeringsinstelling)

Gegevens rechthebbende

Naam - voornaam:

Kleefbriefje verzekeringsinstelling

Geboortedatum:

Voorwaarde van de revalidatie-overeenkomst om in aanmerking te komen voor een begeleiding door de arbeidscoach

Ondergetekende psychiater verklaart dat de rechthebbende lijdt aan een psychiatrische ziekte of stoornis die wordt aangeduid met één van de hieronder vermelde DSM-IV codes én die weliswaar voldoende gestabiliseerd is opdat een daadwerkelijke en bestendige professionele (re-) integratie gerealiseerd kan worden. Om dit te bereiken is de rechthebbende onvoldoende gebaat bij het bestaande aanbod van arbeidsbegeleiding en/of heeft hij/zij hiervoor nood aan een eerder langdurig begeleidingsproces.

DSM code omcirkelen van de stoornis waaraan de rechthebbende lijdt.

- Schizofrenie en andere psychotische aandoeningen: 293.81, 293.82, 295.xx, 297.1, 297.3, 298.8, 298.9
- Stemmingsstoornissen: 296.2x, 296.3x, 300.4, 311, 296.0x, 296.40, 296.4x, 296.6x, 296.5x, 296.7, 296.89, 301.13, 296.80, 293.83, 296.90
- Angst: 300.01, 300.21, 300.22, 300.29, 300.23, 300.3, 309.81, 308.3, 300.02, 293.89, 300.00
- Somatoforme stoornissen: 300.81, 300.11, 307.80, 300.7
- Dissociatieve stoornissen: 300.13, 300.14, 300.6
- Eetstoornissen: 307.1, 307.51, 307.50
- Stoornissen in de impulsbeheersing: 312.34
- Persoonlijkheidsstoornissen: 301.0, 301.20, 301.22, 301.7, 301.83, 301.50, 301.81, 301.82, 301.6, 301.4, 301.9
- Aanpassingsstoornissen: 309.0, 309.24, 309.28, 309.3, 309.4, 309.9
- Persoonlijkheidsstoornissen en gedragsstoornissen veroorzaakt door een ziekte, een hersenletsel of een hersendysfunctie: 293.89, 310.1, 293.9
- Gedragsstoornissen: 312.8, 313.81, 312.9
-

Datum, naam, RIZIV-erkenningsnummer en handtekening psychiater

Datum waarop de begeleiding aanvat:

Telefoonnummer, datum, naam en handtekening arbeidscoach:

<p>O ARBEIDSCOACH GGZ ZOLIM-NOOLIM Sabinuslaan 13 3700 Tongeren 0490 65 86 96 katrien.schaeken@noolim.net</p>	<p>O ARBEIDSCOACH GGZ MAASLAND-NOOLIM Rijksweg 92 3630 Maasmechelen 0490 65 86 94 chris.coenen@noolim.net</p>	<p>O ARBEIDSCOACH GGZ KEMP & DUIN-NOOLIM Kloosterpoort 13 3960 Bree 0490 65 86 96 katrien.schaeken@noolim.net</p>
---	---	---

Om ervoor te zorgen dat u op ieder moment de best mogelijke zorg ontvangt, is soms een overleg nodig tussen de hulpverleners van verschillende organisaties. Uiteraard houden wij u tijdig op de hoogte van elke overleg dat we plannen en zullen u hiervoor dan ook tijdig uitnodigen.

Met dit formulier inventariseren we met welke personen en instanties u contact heeft en vragen we u de schriftelijke toestemming voor de bespreking van uw persoonlijke gegevens die relevant zijn met betrekking tot de aangeboden zorg, begeleiding en behandeling. Mocht u tijdens de begeleiding van mening veranderen, kunt u dit aangeven bij de begeleiding en wordt dit gewijzigd in het dossier.

Toestemming.

Ik,.....(naam en voornaam cliënt) geef de arbeidscoach GGZ van NOOLIM (regio) toestemming om in overleg te gaan met andere hulpverleners, naasten die rechtstreeks in de zorg betrokken zijn voor het bespreken van persoonlijke gegevens die relevant zijn met betrekking tot de aangeboden zorg, begeleiding en behandeling.

Naam	Functie / organisatie	Toestemming
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nee

Handtekening cliënt of vertegenwoordiger

.....

Datum ondertekening

...../...../.....