Datum van aanmelding: Datum start begeleiding:

|  |
| --- |
| **Contactgegevens** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Rechthebbende** | | | | | | | |
| Naam |  | | | Voornaam: |  | | |
| Geboortedatum |  | RRN: |  | | |  |  |
| Vertrouwenspersoon/Contactpersoon/Voogd | |  | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Klinisch Psycholoog/Orthopedagoog** | | | | | | |
| Naam |  | | | Voornaam | |  |
| Adres |  | | | | Tel |  |
| RIZIV |  | Email |  | | | |
| Functie | * Eerstelijnspsychologische functie * Gespecialiseerde functie: ………………………………………………….. | | | | | |
| Contact  voorkeur | * E-healthbox/beveiligende e-mail:………………………………………. * Telefonisch; beschikbare momenten: ……………………………….. * Andere: …………………………………………………………………………….. | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verwijzendende hulpverlener** (niet invullen indien er geen verwijzer is) | | | | | | | |
| Naam |  | | | Voornaam | | |  |
| Adres |  | | | | | Tel |  |
| RIZIV |  | Email |  | | | | |
| Functie |  | | | | Verwijzer? | | ○ Ja ○ Neen |
| Contact  voorkeur | * E-healthbox/beveiligende e-mail * Telefonisch; beschikbare momenten: ……………………………….. * Andere: …………………………………………………………………………….. | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Huisarts** (indien verschillend van verwijzende hulpverlener) | | | | | | | |
| Naam |  | | | Voornaam | | |  |
| Adres |  | | | | | Tel |  |
| RIZIV |  | Email |  | | | | |
| Functie |  | | | | Verwijzer? | | ○ Ja ○ Neen |
| Contact  voorkeur | * E-healthbox/beveiligende e-mail * Telefonisch; beschikbare momenten: ……………………………….. * Andere: …………………………………………………………………………….. | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Andere betrokken hulpverlener** | | | | | | | | |
| Naam |  | | | | Voornaam | | |  |
| Adres |  | | | | | Tel | |  |
| RIZIV |  | Email |  | | | | | |
| Functie |  | | | Verwijzer? | | | ○ Ja ○ Neen | |
| Contact  voorkeur | * E-healthbox/beveiligende e-mail * Telefonisch; beschikbare momenten: ……………………………….. * Andere: …………………………………………………………………………….. | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Andere betrokken hulpverlener** | | | | | | | | |
| Naam |  | | | | Voornaam | | |  |
| Adres |  | | | | | Tel | |  |
| RIZIV |  | Email |  | | | | | |
| Functie |  | | | Verwijzer? | | | ○ Ja ○ Neen | |
| Contact  voorkeur | * E-healthbox/beveiligende e-mail * Telefonisch; beschikbare momenten: ……………………………….. * Andere: …………………………………………………………………………….. | | | | | | | |

**Toestemming**

**+ 12 jaar**

Ik, ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………., geef hierbij

* de toestemming aan bovenstaande klinisch psycholoog/orthopedagoog om in het kader van mijn behandeling gegevens met bovenstaande hulpverleners te delen.
* toestemming om gegevens te delen met andere hulpverleners. Deze hulpverleners zijn: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* geen toestemming om mijn gegevens te delen

Datum: Handtekening:

**- 12 jaar**

Ik, mama/voogd…………………………………………………………… en papa/voogd………………………………………………………………………………………., geef hierbij

* de toestemming aan bovenstaande klinisch psycholoog/orthopedagoog om in het kader van de behandeling van ………………………………………… relevante gegevens met bovenstaande hulpverleners te delen.
* toestemming om gegevens te delen met andere hulpverleners. Deze hulpverleners zijn: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* geen toestemming om mijn gegevens te delen

Datum:

Handtekening:

|  |
| --- |
| **Functioneel bilan** |

|  |
| --- |
| **Hulpvraag:** (Wat is hulpvraag van de cliënt? Eventueel andere hulpvragen vanuit het netwerk?) |
|  |

|  |
| --- |
| **Huidig functioneren:** (Problemen/klachten? Sterktes/krachten? Omstandigheden? Persoonlijke stijl?) |
|  |

|  |
| --- |
| **Relevante voorgeschiedenis:** (Psychologisch, sociaal, medisch) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doelstellingen** | **Interventie** | **Door wie?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Voorstel traject:** |
| * Geen opstart psychologische hulp; reden: ……………………………………………………………………………………. * Opstart individuele eerstelijnspsychologische hulp: ………………………………………………………………………. * Opstart groepsaanbod eerstelijnspsychologische hulp: ………………………………………………………………….. * Opstart individuele gespecialiseerde psychologische hulp: …………………………………………………………….. * Opstart groepsaanbod gespecialiseerde psychologische hulp: ……………………………………………………….. * Oriëntatie naar andere hulp: ………………………………………………………………………………………………………….. |

**Handtekening van aanwezige partijen:**

**Met andere betrokken hulpverleners gecommuniceerd:**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

|  |
| --- |
| **Tussentijdse evaluatie** |

|  |
| --- |
| **Situatieschets door rechthebbende:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Situatieschets door klinisch psycholoog/orthopedagoog:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Situatieschets door betrokken arts/hulpverlener** (indien waardevol bij ELP functie / nodig bij gespecialiseerde functie) |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doelstellingen** | **Interventie** | **Door wie?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Voorstel traject:** | **Aantal gebruikte sessies werkingsjaar:** |
| * Opstart individuele eerstelijnspsychologische hulp: ……………………………………………………………………….. * Opstart groepsaanbod eerstelijnspsychologische hulp: ………………………………………………………………….. * Opstart individuele gespecialiseerde psychologische hulp: …………………………………………………………….. * Opstart groepsaanbod gespecialiseerde psychologische hulp: ……………………………………………………….. * Oriëntatie naar andere hulp: ………………………………………………………………………………………………………….. | |

**Handtekening van aanwezige partijen:**

**Met andere betrokken hulpverleners gecommuniceerd:**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

|  |
| --- |
| **Afronding** |

|  |
| --- |
| **Situatieschets door rechthebbende:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Situatieschets door klinisch psycholoog/orthopedagoog:** |
|  |

|  |
| --- |
| **Situatieschets door betrokken arts/hulpverlener** |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Doelstellingen** | **Interventie** | **Door wie?** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Voorstel traject:** |
| * Einde behandeling * Opstart individuele eerstelijnspsychologische hulp: ………………………………………………………………………. * Opstart groepsaanbod eerstelijnspsychologische hulp: ………………………………………………………………….. * Opstart individuele gespecialiseerde psychologische hulp: …………………………………………………………….. * Opstart groepsaanbod gespecialiseerde psychologische hulp: ……………………………………………………….. * Oriëntatie naar andere hulp: ………………………………………………………………………………………………………….. |

**Handtekening van aanwezige partijen:**

**Met andere betrokken hulpverleners gecommuniceerd:**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**

**Naam: …………………………………………. Via: ……………………………………………..**