Afbeelding met tekst, illustratie

Automatisch gegenereerde beschrijving

**FUNCTIONEEL BILAN[[1]](#footnote-1)**

*psychologische zorg in de eerste lijn*

DATUM AANMELDING:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ALGEMENE GEGEVENS | | | | | | | | |
| CONTACTGEGEVENS RECHTHEBBENDE | | | | | | | | |
| NAAM |  | | | VOORNAAM | |  | | |
| GEBOORTEDATUM | |  | RIJKSREGISTERNUMMER | |  | | RVT | Ja / Nee |
| VERTROUWENSPERSOON/CONTACTPERSOON/VOOGD | | | |  | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| CONTACTGEGEVENS KLINISCH PSYCHOLOOG/ORTHOPEDAGOOG | | | | | | |
| NAAM |  | | VOORNAAM |  | | |
| ADRES |  | | | | TEL |  |
| RIZIV NR | |  | EMAIL |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| PERSONALIA ARTS (of stempel) | | | | | | | | |
| NAAM |  | | | VOORNAAM |  | | | |
| ADRES |  | | | | | | TEL |  |
| RIZIV NR |  | | | VOORKEUR CONTACTWIJZE | |  | | |
| TELEFONISCH BESCHIKBARE MOMENTEN | | |  | | | | | |
| OPMERKINGEN | |  | | | | | | |

ANDERE GEGEVENS OF OPMERKINGEN:

TOESTEMMING

Ik wens dat de (huis)arts WEL/NIET geïnformeerd wordt betreffende de psychologische zorg:

Eventuele bijkomende info: ………………………………….

Ik geef mijn psycholoog/orthopedagoog hierbij toestemming tot uitwisseling van informatie met volgende professionelen met wie ik een therapeutische relatie heb of heb gehad (vink aan):

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

…………………………………………………………..

KLACHTEN (WAAR HEB IK LAST VAN?)

VOORGESCHIEDENIS?

WAAROM NU?

DOELEN (WAT WIL IK BEREIKEN?)

VOORGESTELDE HULP

Individuele Eerstelijnspsychologische (ELP) hulp

Individuele gespecialiseerde hulp

Groepsaanbod

Omschrijf kort

AANVULLINGEN ARTS:

Indien van toepassing kan de arts hier relevante info delen (bv. medicatie, …), met toestemming van de patiënt:

AFRONDING

Psychologische hulp werd afgerond

Verwijzing van ELP naar ambulant gespecialiseerde hulp

Verwijzing naar andere hulp Omschrijf kort:

HANDTEKENING/STEMPEL VOOR AKKOORD MET DIT FUNCTIONEEL BILAN:

PATIËNT KLINISCH PSYCHOLOOG/ORTHOPEDAGOOG HUISARTS

(in geval van gespecialiseerde zorg)

DATUM

1. *Dit functioneel bilan is geïnspireerd op het voorstel van Federale Overheidsdienst Volksgezondheid en op het voorstel van de Vlaamse Vereniging voor Klinisch Psychologen (VVPK). Dit document dient ter inspiratie voor de zorgversterker en kan naar de eigen praktijk vertaald of aangepast worden.* [↑](#footnote-ref-1)