****Aanvraagformulier

**Multidisciplinair overleg**

Gelieve dit formulier volledig ingevuld terug te mailen naar overlegcoordinatie.ant@solidaris.be

Bij onvolledige informatie zal dit formulier teruggestuurd worden naar de aanvrager. Indien u meer informatie wenst over het aanvragen van een multidisciplinair overleg kan u contact opnemen via bovenstaand e-mailadres of telefonisch op 014 40 92 09.

**1. Identificatiegegevens aanvrager**

Datum aanvraag:

Naam aanvrager:

Organisatie/discipline:

Adres:

Telefoon:

E-mail:

**2. Identificatiegegevens patiënt/cliënt**

Naam en voornaam:

Straat en nummer:

Postcode en gemeente:

Telefoon:

E-mail:

Rijksregisternummer:

Ziekenfonds:

Woonsituatie:

Alleenwonend

Samenwonend met:

Is de cliënt/patiënt ingelicht over de werking en het doel van het overleg?  JA  NEE

Heeft de patiënt/cliënt toestemming gegeven om een overleg te organiseren?  JA  NEE

Opmerking: schriftelijke toestemming cliënt is vereist!

**Enkel van toepassing indien de cliënt zelf geen toestemming kan geven:**

Heeft de vertegenwoordiger toestemming gegeven?  JA  NEE

Moet de patiënt/cliënt uitgenodigd worden op het overleg?  JA  NEE

Wat is de reden dat de cliënt zelf geen toestemming kan geven?

**3. Reden overleg**

Afstemming van zorg- en/of taakafspraken

Crisissituatie

Ontslagvoorbereiding

Opstart zorgplan

Toenemende zorgbehoevendheid

Andere:

**4. Situatieschets / doelstelling overleg**

Opmerking: een grondige omschrijving van de situatie is vereist.

|  |
| --- |
| Probleemstelling:  Gezondheidstoestand:  Doelstelling: |

**5. Hulpverleners/zorgverleners**

Opmerking: **e**en MDO is pas geldig indien er minstens 3 verschillende deelnemers aanwezig zijn waarvan de huisarts (of psychiater) één verplichte deelnemer is.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Naam** | **Discipline/**  **Organisatie** | **Contactgegevens** | **Zorg reeds opgestart** |
|  | Huisarts of psychiater (vereist!) | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |
|  |  | Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: | JA  NEE |

**6. Mantelzorger(s)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Naam** | **Relatie met cliënt/patiënt** | **Contactgegevens** |
|  |  | Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: |
|  |  | Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: |
|  |  | Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: |
|  |  | Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: |
|  |  | Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag:  JA  Adres:  Telefoon:  E-mail: |

**7. Voorstel mogelijke data en plaats overleg**

(voorkeursmomenten in de week/momenten die niet mogelijk zijn + mogelijke locatie om samen te komen)

|  |
| --- |
|  |

**8. Dringendheid**

Zeer dringend (liefst binnen de week)

Relatief dringend (liefst binnen de 3 weken)

Niet zo dringend (liefst binnen de maand)

Ander tijdstip:

**9. Extra informatie**

|  |
| --- |
|  |