

Aanvraagformulier Multidisciplinair Overleg

**Gelieve dit formulier volledig ingevuld te bezorgen aan
één van de erkende overlegorganisatoren MDO (zie www.selgoal.be).
Bij onvolledige informatie zal dit formulier teruggestuurd worden naar de aanvrager.**

1. Identificatiegegevens aanvrager

Datum aanvraag:
Naam aanvrager:
Organisatie / discipline:
Adres:
Telefoon:
Mail:

2. Identificatiegegevens patiënt/cliënt

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
Enkel van toepassing indien de cliënt zelf geen toestemming kan geven: heeft de vertegenwoordiger toestemming gegeven? JA NEE
Wat is de reden dat de cliënt zelf geen toestemming kan geven?

Moet de patiënt/cliënt **uitgenodigd** worden op het overleg? JA NEE
De patiënt/cliënt wenst **toegang** tot zijn e-zorgplan? JA NEE

Naam:
Voornaam:
Straat en nummer:
Postcode en gemeente:
Telefoon:
Mail:
Geboortedatum:
Rijksregisternummer:
Ziekenfonds:

Patiënt/cliënt is geïnccludeerd één van volgende projecten:

- PIOT (Psychotherapeutische Interventies voor Ouderen met Trajectbegeleiding)
- OOTT (Oriëntatie- en OpvolgingsTraject Thuiszorg voor kwetsbare ouderen)
- Zorg 24 (24 uren thuiszorggarantie met zorgcoach in Groot-Tienen en Hoegaarden)
- Urgent (Preventie van ongeplande heropnames bij kwetsbare ouderen - InnovAGE-project)
- KotK (Transmuraal zorgpad voor alleenstaande patiënten met kanker)

Opmerkingen:

Geen sprake van inclusie in bovenstaande projecten

3. Reden overleg

- Afstemming van zorg- en/of taakafspraken
- Crisissituatie
- Ontslagvoorbereiding
- Opstart zorgplan
- Toenemende zorgbehoefendheid
- Andere:

4. Schets situatie / doelstelling overleg

5. Hulpverleners/zorgverleners

Opmerking:

Een MDO is pas geldig indien er minstens 3 verschillende deelnemers aanwezig zijn, waarvan minstens 2 uit de eerstelijnsgezondheidszorg- of welzijnssector en een derde deelnemer uit het brede werkveld van welzijn. Enkel de organisaties en disciplines uit de eerstelijnsgezondheids- of welzijnssector, erkend door de Raad van Bestuur, zullen een vergoeding ontvangen.

Naam	Discipline/ Organisatie	Contactgegevens	Zorg reeds opgestart
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

6. Mantelzorger(s)

Naam	Relatie met cliënt/patiënt	Contactgegevens
		Adres: Telefoon: Mail: Rijksregisternr: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Rijksregisternr: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres:

		Telefoon: Mail: Rijksregisternr: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Rijksregisternr: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Rijksregisternr: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

7. Voorstel datum en plaats overleg

(voorkeursmomenten in de week of momenten die niet mogelijk zijn)

8. Extra informatie