| **MIJN SIGNALERINGSPLAN** |
| --- |
| **Naam:** |  |
| **Adres:**  |  |
| **Vertrouwenspersoon:***(naam en tel.nr.)* |  |
| **Huisarts:***(naam en tel.nr.)* |  |
| **Psychiater***(naam en tel.nr.)* |  |
| **Andere betrokken hulpverleners:***(naam en tel.nr.)* |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | **Tele-Onthaal** | **106** |
| **Zelfmoordlijn** | **1813** |
| **Algemeen Noodnummer** | **112** |
| **Antigifcentrum** | **070 245 245** |
| **Mijn hulplijn** |  |