| **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** | |  |