

Datum aanmelding: Datum assessment:
 Datum afronding : Nazorg:

Consent kaartje: JA / NEEN

CLIËTENGEGEVENS:

Naam:
Straat **Gemeente:**
Telefoonnummer: **Geboortedatum:**
E-mail: **Rijksregisternummer:**

HOUDING VAN CLIËNT T.O.V. AANMELDING MCT

Patiënt akkoord en in welke mate?

VERWIJZER:

Naam: **Tel:**
Beroep: **Locatie/praktijk:**

HUISARTS:

Naam:
Tel: :

PSYCHIATER:

Naam:
Tel: :

AANMELDINGSINFO:

MOEILIKHEDEN/ACCENTEN:

- Life event als trigger
- Stopzetten behandeling/medicatie
- Agressie/acting-out
- Depressie-angst-paniek-dwang

- Verwardheid- wanen- hallucinaties
- Apathische indruk
- Eenzaamheid

RELATIONEEL:

- Relationele crisis
- Intra familiaal geweld
- Ouder-kind relatie
- Kinderen**? (naam + leeftijd)

MEDICATIE

RISK ASSESSMENT

1) SUÏCIDALITEIT ACUUT / CHRONISCH

- Gedachterniveau?
- Plannen? / Middel?.....

Pogingen in het verleden? Recent / < 3 maand geleden / > 3 maand geleden < 1 jaar / > 1 jaar geleden

Hoe onderbroken?

Iemand op de hoogte?

Familiale belasting?

2) AGRESSIE VERBAAL / FYSIEK

Fysieke agressie? Verbale agressie?

- Materiaal? Personen? Zichzelf?
- (automutilatie)

3) MIDDELENGEBRUIK ACUUT / SPORADISCH / CHRONISCH

Middel?:..... **Betreft het een hervat?:**.....

..... **Hulpvraag tot stoppen of verminderen? :**

Risico op ontwenning?: **Fysieke risico?':**

BETROKKEN PARTNERS + PSYCHIATRISCHE VOORGESCHIEDENIS

BETROKKEN NAASTE ALS CONTACTPERSOON

Naam en rol: Tel.:

VERWIJZER REEDS CONTACT OPGENOMEN MET BESTAAND NETWERK? JA/NEE

Voorgeschiedenis van:

- Opname: ja/nee wanneer/waar? →
- Behandeling: ja/nee waar/hoe lang? →
- Huidige behandeling/hulpverlening + frequentie?

Betrokken netwerkpartners? Ctc persoon + tel

- CAW:..... OCMW:.....
- CGG:..... Drughulpverlening:
- Mobiele begeleiding:..... Straathoekwerk:
- Politie/justitie:..... Andere?:.....

VERWACHTINGEN VAN DE VERWIJZER

⇒ Alternatief voor MCT: