

Aanmeldingsformulier DPP

Betreft een aanmelding voor:

- Opname op afdeling OPM
 Begeleiding Mobiel team GGZ verstandelijke beperking
 Andere namelijk: Klik of tik om tekst in te voeren.

Verwijzer	
Naam	Klik of tik om tekst in te voeren.
Relatie tot de aangemelde persoon	Klik of tik om tekst in te voeren.
Datum aanmelding	Klik of tik om een datum in te voeren.
Organisatie	Klik of tik om tekst in te voeren.
Werkzaam in regio/provincie	Klik of tik om tekst in te voeren.
Telefoonnummer	Klik of tik om tekst in te voeren.
E-mail	Klik of tik om tekst in te voeren.

Sociaal-administratieve gegevens aangemelde persoon	
Voornaam	Klik of tik om tekst in te voeren.
Achternaam	Klik of tik om tekst in te voeren.
Geboortedatum	Klik of tik om een datum in te voeren.
Verblijfplaats (adres)	Klik of tik om tekst in te voeren.
Domicilieadres	Klik of tik om tekst in te voeren.
E-mail	Klik of tik om tekst in te voeren.
Telefoonnummer	Klik of tik om tekst in te voeren.
Geslacht	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> X
Taal	<input type="checkbox"/> Nederlands <input type="checkbox"/> Frans <input type="checkbox"/> Engels <input type="checkbox"/> Andere: Klik of tik om tekst in te voeren.
Rijksregisternummer	Klik of tik om tekst in te voeren.
Woonsituatie/huidige woonondersteuning	Klik of tik om tekst in te voeren.
Dagbesteding	Klik of tik om tekst in te voeren.
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Gehuwd/samenwonend <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe/weduwnaar
Wettelijk vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/> Nee Indien ja: <input type="checkbox"/> Voogd <input type="checkbox"/> Bewindvoerder (middelen) <input type="checkbox"/> Bewindvoerder (persoon) <input type="checkbox"/> Bewindvoerder (persoon en middelen) Naam van de wettelijke vertegenwoordiger: Klik of tik om tekst in te voeren.

	Contactgegevens wettelijk vertegenwoordiger (tel en email): Klik of tik om tekst in te voeren.
Naam huisarts	Klik of tik om tekst in te voeren.
Kinderen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee
Juridisch statuut	<input type="checkbox"/> Geen <input type="checkbox"/> Probatie <input type="checkbox"/> Voorwaardelijke invrijheidsstelling <input type="checkbox"/> Internering <input type="checkbox"/> Andere: Klik of tik om tekst in te voeren. Reden: Klik of tik om tekst in te voeren.
Indien aanwezig: VAPH-gegevens	VAPH-nummer: Klik of tik om tekst in te voeren. PVB: Klik of tik om tekst in te voeren. Budgetcategorie: Klik of tik om tekst in te voeren. Prioriteitengroep: Klik of tik om tekst in te voeren. Indien er een VAPH-budget in aanvraag is, Status: Klik of tik om tekst in te voeren. Datum van erkenning: Klik of tik om tekst in te voeren.

Functioneringsniveau van de aangemelde persoon	
Type verstandelijke beperking	<input type="checkbox"/> Licht <input type="checkbox"/> Matig <input type="checkbox"/> Ernstig <input type="checkbox"/> Diep <input type="checkbox"/> Geen verstandelijke beperking
IQ (Indien gekend: zowel totaal IQ (TIQ), verbaal IQ (VIQ) als per formaal (PIQ) – alsook welke test en welk jaar vermelden.)	TIQ: Klik of tik om tekst in te voeren. VIQ: Klik of tik om tekst in te voeren. PIQ: Klik of tik om tekst in te voeren. Test: Klik of tik om tekst in te voeren. Jaar: Klik of tik om een datum in te voeren.
Schoolloopbaan (Indien buitengewoon onderwijs, graag school/scholen, type en opleidingsvorm (OV) vermelden.) (Max 300 tekens)	
Adaptieve vaardigheden (conceptueel, praktisch en sociaal) (Max 500 tekens)	
Sociaal-emotionele inschatting (indien gekend: in welke fase van de SEO functioneert de persoon meestal?) (Max 500 tekens)	

Psychische kwetsbaarheid en/of gedragsproblemen	
Probleemschets (beschrijving van de huidige situatie) (Max 1200 tekens)	
Hoe lang zijn de problemen er al? (Max 750 tekens)	
Wat is er reeds geprobeerd? (Max 750 tekens)	
Concrete psychiatrische hulpvra(a)g(en) /doelstellingen van de behandeling (Max 1200 tekens)	
DSM-diagnose(s) (Indien gekend)	Klik of tik om tekst in te voeren
Indien aanwezig: informatie over psychiatrische voorgeschiedenis (waren er in het verleden ook al moeilijkheden? Waar en wanneer waren er psychiatrische opnames of psychische opvolging?) (Max 750 tekens)	
Is er een behandelend psychiater?	<input type="checkbox"/> Ja: Klik of tik om tekst in te voeren. <input type="checkbox"/> Nee
Risico agressief gedrag	<input type="checkbox"/> Verbaal <input type="checkbox"/> Fysiek <input type="checkbox"/> Verbaal en fysiek <input type="checkbox"/> Nee
Suïcide gedachten of pogingen	<input type="checkbox"/> Niet van toepassing <input type="checkbox"/> in verleden <input type="checkbox"/> momenteel aanwezig Extra info: gedachten/pogingen: Klik of tik om tekst in te voeren.
Relevante somatische gegevens:	<input type="checkbox"/> Ja: Klik of tik om tekst in te voeren. <input type="checkbox"/> Nee

Gelieve bij het terugsturen van dit aanmeldingsformulier ook de huidige medicatiefiche van de aangemelde persoon in bijlage te plaatsen.

