



Aanvraagformulier Multidisciplinair Overleg DMW LM Oost-Vlaanderen

Datum aanvraag:

Graag teamoverleg binnen termijn van

Bij onvolledige informatie zal het aanvraagformulier teruggestuurd worden naar de aanvrager.

GEGEVENS CLIËNT

Is de cliënt ingelicht over de werking en het doel van het overleg?

☐ JA ☐ NEE

Heeft de cliënt toestemming gegeven om het overleg te organiseren?

☐ JA ☐ NEE

Dient de cliënt uitgenodigd te worden op het overleg?

☐ JA ☐ NEE

Wie vroeg om toestemming aan cliënt:

Naam:

Adres:

Tel.:

Geboortedatum.:

RRN:

Huidige verblijfplaats.:

CONTACTPERSOON/VERTROUWENSPERSOON

Naam:

Relatie/verwantschap:

Adres:

Tel.:

E-mail (verplicht):

AANVRAGER OVERLEG

Naam:

Dienst/discipline/mantelzorg:

Adres:

Tel.:

E-mail (verplicht):

- Te bereiken op volgende dagen/uren:
- Team niet laten doorgaan op volgende dagen/uren :

MDO-overleg kan doorgaan bij:

☐ Cliënt thuis

☐ Ziekenhuis

☐ Andere locatie:

UITGEBREIDE SITUATIESCHETS (medische, sociale, familiale en psychische context)

REDEN AANVRAAG MDO

DOELSTELLING MDO (Wat wenst u te bereiken met dit overleg?)

UIT TE NODIGEN PARTNERS

Opmerking:

Een MDO is pas geldig indien er minimaal 3 vertegenwoordigers van 3 verschillende disciplines deelnemen.

De vergoeding voor deelnemers wordt enkel toegekend aan professionele zorgaanbieders. Maximaal vier deelnemers van verschillende disciplines kunnen een vergoeding ontvangen. Voor het bepalen van welke vier deelnemers de vergoeding kunnen ontvangen, wordt een cascade gebruikt.

Dienst + naam	Gegevens (steeds een emailadres opgeven)
Familie / mantelzorg	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Relatie tot cliënt: Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
Huisarts / Psychiater	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
Thuisverpleging	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk

Kinesitherapeut	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
Dienst gezinszorg	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
Maatschappelijk Werk	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
...	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
...	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk

...	Naam: Adres: Tel.: E-mail (verplicht): Aanwezigheid: ☐ Gewenst ☐ Noodzakelijk
-----	---

Terug te bezorgen aan:
Dienst Maatschappelijk Werk LM Oost-Vlaanderen
Brabantdam 109
9000 Gent
Tel. 09 235 72 85
Thuiszorg.ov@lm.be (voorkeur via mail)