

Beste verwijzer,

Opdat een cliënt door het Mobiel Team Verstandelijke Beperking (regio SaVHA?!) begeleid kan worden, moeten een aantal voorwaarden vervuld zijn, namelijk:

- ✓ De cliënt woont, werkt of loopt school in de regio Halle-Vilvoorde (netwerk SaVHA?!);
- ✓ De cliënt is minimum 16 jaar;
- ✓ De cliënt heeft een verstandelijke beperking (IQ <70 voor de leeftijd van 18 jaar);
- ✓ Er is een sprake van psychiatrische- en/of gedragsproblemen.

Gelieve na te gaan of deze voorwaarden vervuld zijn alvorens dit document verder in te vullen.

Verwijzer	
Naam	
Datum aanmelding	
Organisatie	
Telefoonnummer	
E-mail	

Sociaal-administratieve gegevens	
Voornaam	
Achternaam	
Geboortedatum	
Straat + huisnummer	
Postcode + stad	
E-mail	
Telefoonnummer	
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: .....
Rijksregisternummer	
Woonsituatie	<input type="checkbox"/> Alleenwonend <input type="checkbox"/> Ouderlijk gezin <input type="checkbox"/> Eigen gezin met partner <input type="checkbox"/> Eigen gezin met kinderen <input type="checkbox"/> Residentiële VAPH-setting: ..... <input type="checkbox"/> Beschut wonen <input type="checkbox"/> MPC <input type="checkbox"/> WZC <input type="checkbox"/> Andere: .....
Burgerlijke staat	<input type="checkbox"/> Ongehuwd <input type="checkbox"/> Gehuwd/samenwonend <input type="checkbox"/> Gescheiden <input type="checkbox"/> Weduwe/weduwenaar
Wettelijk vertegenwoordiger	<input type="checkbox"/> Cliënt <input type="checkbox"/> Voogd <input type="checkbox"/> Bewindvoerder (middelen) <input type="checkbox"/> Bewindvoerder (persoon) <input type="checkbox"/> Bewindvoerder (persoon en middelen)
Kinderen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nee Leeftijd kinderen? • .....

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• .....</li> <li>• .....</li> <li>• .....</li> </ul>
Indien er kinderen zijn, is er begeleiding voor hen?	<input type="checkbox"/> Ja, welke: ..... <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: .....
Status VAPH-aanvraag/ VAPH-nummer (indien gekend)	

Bepaling van de doelgroep	
Aard van de beperking	<input type="checkbox"/> Licht verstandelijke beperking <input type="checkbox"/> Matig verstandelijke beperking <input type="checkbox"/> Ernstig verstandelijke beperking <input type="checkbox"/> Diep verstandelijke beperking <input type="checkbox"/> Autisme spectrum stoornis (ASS) <input type="checkbox"/> Motorische beperking <input type="checkbox"/> Visuele beperking <input type="checkbox"/> Auditieve beperking <input type="checkbox"/> Niet aangeboren hersenletsel (NAH)
IQ (Indien gekend: zowel totaal IQ (TIQ), verbaal IQ (VIQ) als per formaal (PIQ) vermelden). Indien niet gekend, gelieve op te vragen.	
Schoolloopbaan (Indien buitengewoon onderwijs, graag school/scholen, type en opleidingsvorm (OV) vermelden). Indien niet gekend, gelieve op te vragen.	

Adaptief functioneren <sup>1</sup>	
Daginvulling	<input type="checkbox"/> Studie/opleiding: ..... <input type="checkbox"/> Werk (regulier arbeidscircuit): ..... <input type="checkbox"/> Sociale tewerkstelling (bv. beschutte werkplaats, arbeidszorg, ...): ..... <input type="checkbox"/> Vrijwilligerswerk: ..... <input type="checkbox"/> Begeleid werken: ..... <input type="checkbox"/> Dagcentrum VAPH/activiteitencentrum/ ontmoetingscentrum: ..... <input type="checkbox"/> Individuele activiteiten: ..... <input type="checkbox"/> Dagopname ziekenhuis: ..... <input type="checkbox"/> Andere: .....
<b>Psychische kwetsbaarheid en/of gedragsproblemen</b>	
DSM-diagnose (indien gekend)	
Beschrijving van het huidig functioneren	

<sup>1</sup> Deficiënties in het adaptieve functioneren die ertoe leiden dat de betrokkene niet kan voldoen aan de ontwikkelings- en sociaal-culturele standaarden van persoonlijke onafhankelijkheid en sociale verantwoordelijkheid. Zonder blijvende ondersteuning beperken de deficiënties in het aanpassingsvermogen het functioneren in een of meer aspecten van het dagelijkse leven, waaronder communicatie, deelname aan het sociale leven, schools of beroepsmatig functioneren en persoonlijke onafhankelijkheid thuis of in de directe sociale omgeving.

Wat is er veranderd?	
Wanneer is deze gedragsverandering begonnen? Duur?	
Wat heeft zich gelijktijdig voorgedaan?	<p>Veranderingen in de psychologische toestand:</p> <p>Veranderingen in de lichamelijke toestand:</p> <p>Veranderingen in de contextuele toestand:</p>
Hoe hebben de gedragsveranderingen zich gemanifesteerd?	

Zijn de gedragsveranderingen permanent en in alle omstandigheden?	
Middelengebruik (bijvoorbeeld alcohol, drugs, medicatie)	<input type="checkbox"/> Ja, welke: ..... <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	<input type="checkbox"/> NVT <input type="checkbox"/> In verleden <input type="checkbox"/> Momenteel aanwezig Extra info: gedachten/pogingen:
Welke hulp werd reeds gezocht? (bv. eerstelijnsdiensten, opnameverleden, VAPH-ondersteuning, geestelijke gezondheidszorg, ...)	

<b>Professioneel netwerk</b> <i>(psychiater/huisarts/psycholoog/thuiszorg/bewindvoerder/OCMW/...)</i>
<b>Naam Dienst:</b> Contactpersoon: Adres:  Tel: E-mail: Betrokken in de zorg: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Frequentie:
<b>Naam Dienst:</b> Contactpersoon: Adres:  Tel: E-mail: Betrokken in de zorg: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Frequentie:
<b>Naam Dienst:</b> Contactpersoon:

Adres:  Tel: E-mail: Betrokken in de zorg: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Frequentie:
<b>Naam Dienst:</b> Contactpersoon: Adres:  Tel: E-mail: Betrokken in de zorg: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Frequentie:

Hulpvragen
<b>Hulpvraag cliënt:</b>
<b>Hulpvraag vanuit het professioneel netwerk:</b>
<b>Hulpvraag vanuit het natuurlijk netwerk:</b>

Gelieve dit aanmeldformulier ingevuld te bezorgen aan:

- Aanmeldcoördinator: [An.degreef@kamillus.broedersvanliefde.be](mailto:An.degreef@kamillus.broedersvanliefde.be)
- Coördinator: [Camille.taelman@kamillus.broedersvanliefde.be](mailto:Camille.taelman@kamillus.broedersvanliefde.be)

Bij vragen kan u eveneens telefonisch contact opnemen via 0493/24.27.15 of 0491/86.16.53