

# Aanvraagformulier Multidisciplinair Overleg

**Gelieve dit formulier volledig ingevuld te bezorgen aan één van de erkende overlegorganisatoren MDO (zie <https://www.zorg-en-gezondheid.be/multidisciplinair-overleg-vanaf-1-mei-2020-een-nieuw-vergoedingssysteem>). Bij onvolledige informatie zal dit formulier teruggestuurd worden naar de aanvrager**

## 1. Identificatiegegevens aanvrager

Datum aanvraag:  
Naam aanvrager:  
Organisatie/ discipline:  
Adres:  
Telefoon:  
Mail:

## 2. Identificatiegegevens patiënt/cliënt

Is de cliënt/patiënt ingelicht over de **werking en het doel** van het overleg?  JA

Heeft de patiënt/cliënt **toestemming** gegeven om een overleg te organiseren (=noodzakelijke voorwaarde)?  JA  
→ *Inhoudelijke afstemming van het overleg met de patiënt is vereist*

Enkel van toepassing als de cliënt zelf geen toestemming kan geven: heeft de vertegenwoordiger toestemming gegeven?  JA  NEE  
Wat is de reden dat de cliënt zelf geen toestemming kan geven?

Moet de patiënt/cliënt **uitgenodigd** worden op het overleg?  JA  NEE

Naam:  
Voornaam:  
Straat en nummer:  
Postcode en gemeente:  
Telefoon:  
Mail:  
Geboortedatum:  
**Rijksregisternummer:**  
Ziekenfonds:

### 3. Reden overleg

- Afstemming van zorg- en/of taakafspraken
- Crisissituatie
- Ontslagvoorbereiding
- Opstart zorgplan
- Toenemende zorgbehoevendheid
- Andere:

### 4. Schets situatie/ doelstelling overleg

*Opmerking: een grondige omschrijving van de situatie bevordert een vlotte organisatie, voorbereiding en verloop van het overleg.*

### 5. Extra informatie (o.a. aandachtspunten voor de gespreksleiding ifv een goed verloop van het overleg)

## 6. Hulpverleners/zorgverleners

**Opmerking:**

Een MDO is pas geldig als er **minstens 3 verschillende disciplines** aanwezig zijn **waaronder de huisarts of psychiater.**

Naam	Discipline/ Organisatie	Contactgegevens	Zorg reeds opgestart
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE
		Adres: Telefoon: Mail: Hulpverlener op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEE

## 7. Mantelzorger(s)

Naam	Relatie met cliënt/patiënt	Contactgegevens
		Adres: Telefoon: Mail: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA
		Adres: Telefoon: Mail: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA
		Adres: Telefoon: Mail: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA
		Adres: Telefoon: Mail: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA
		Adres: Telefoon: Mail: Mantelzorger op de hoogte van deze aanvraag <input type="checkbox"/> JA

## 8. Voorstel datum en plaats overleg

(Voorkeursmomenten in de week of momenten die niet mogelijk zijn)