

AANMELDFORMULIER

REFERENTIECENTRUM AUTISMESPECTRUMSTOORNISSEN

Dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie (campus AZ Jan Palfijn)

T +32 (0)9 224 84 14 | E kinderpsychiatrie.sitepalfijn@uzgent.be

Heeft een multidisciplinair team de diagnose van een autismespectrumstoornis gesteld? Dan komt een jongere mogelijk in aanmerking voor een behandelcoördinatie bij het Referentiecentrum autismespectrumstoornissen UZ Gent.

Met de behandelcoördinatie willen we de verschillende partijen binnen het netwerk van de cliënt beter op elkaar afstemmen en het netwerk zo nodig uitbouwen. We volgen het behandelprogramma mee op en herevalueren het als dat nodig is. We bieden geen begeleiding, behandeling of crisisondersteuning.

VOORWAARDEN

Om in te stappen in ons coördinatieprogramma, moet aan deze voorwaarden worden voldaan:

- De aangemelde jongere is **maximaal 18 jaar oud**
- De jongere woont in **Oost-Vlaanderen**
- De jongere is aangesloten bij een **zorgkas**
- Er is **geen** sprake van een **verstandelijke beperking**
- Er zijn **minstens twee behandelaars betrokken**, bijvoorbeeld huisarts, auticoach, psycholoog, psychiater, thuisbegeleiding

AANMELDEN

De verwijzer – bijvoorbeeld huisarts, auticoach, psycholoog, psychiater – vult dit formulier in op basis van een gesprek met de jongere en het gezin. Het **ingevulde formulier** stuur je samen met een **kopie van het multidisciplinair diagnostisch verslag** naar de eHealthbox van de dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie – U.Z. GENT (71067049).

We evalueren de aanmelding zorgvuldig. Na ongeveer drie weken mag je een antwoord verwachten.

- Na een positieve evaluatie nodigen we jou uit voor een intakegesprek. We bekijken dan of en hoe we de jongere en het netwerk kunnen ondersteunen. Vaak volgt een tweede gesprek waarin we alle betrokken hulpverleners samenbrengen om tot een gemeenschappelijk plan te komen.
- Na een negatieve evaluatie sturen we jou een mail met de motivatie waarom de jongere niet in aanmerking komt voor het coördinatieprogramma.

Met collegiale groeten

Referentiecentrum autismespectrumstoornissen

Dienst Kinder- en jeugdpsychiatrie (campus AZ Jan Palfijn)

▲ CLIËNT

Voornaam: _____

Naam: _____

Geslacht: ☐ Man ☐ Vrouw ☐ Ander: _____

Geboortedatum: _____

Rijksregisternummer: _____

Adres: _____

▲ OUDERS

Voornaam ouder 1: _____

Achternaam ouder 1: _____

Voornaam ouder 2: _____

Achternaam ouder 2: _____

Telefoon- of gsm-nummer: _____ E-mailadres: _____

▲ VERWIJZERS

Voor de aanmelding moeten **minstens twee behandelaars** betrokken zijn, waaronder **minstens één arts**.

Wie vult dit formulier in?

Voornaam: _____

Naam: _____

Functie: ☐ Psycholoog (bachelor of master) ☐ Orthopedagoog (bachelor of master)

☐ Huisarts ☐ Neuroloog ☐ Psychiater ☐ Andere: _____

Adres: _____

Telefoon- of gsm-nummer: _____ E-mailadres: _____

Tweede betrokken behandelaar (verplicht)

Voornaam: _____

Naam: _____

Functie: ☐ Psycholoog (bachelor of master) ☐ Orthopedagoog (bachelor of master)

☐ Huisarts ☐ Neuroloog ☐ Psychiater ☐ Andere: _____

Adres: _____

Telefoon- of gsm-nummer: _____ E-mailadres: _____

Derde betrokken behandelaar

Voornaam: _____

Naam: _____

Functie: ☐ Psycholoog (bachelor of master) ☐ Orthopedagoog (bachelor of master)

☐ Huisarts ☐ Neuroloog ☐ Psychiater ☐ Andere: _____

Adres: _____

Telefoon- of gsm-nummer: _____ E-mailadres: _____

Andere betrokkenen

▲ AANMELDINGSVRAAG

Waarom meld je de cliënt aan? Zijn er specifieke vragen? Wat zijn de belangrijkste problemen die aanleiding geven tot de verwijzing?
Hoe kan het Referentiecentrum autismespectrumstoornissen bijdragen tot een verbetering?

Visie van de cliënt of de ouders

Visie van het professionele netwerk

Zijn er ook vragen vanuit het persoonlijke netwerk? Zo ja, welke?

▲ BREDERE KADERING

Schets van de huidige familiale situatie (gezin, relatie)

Schets van de huidige sociale situatie (vrienden, vrije tijd)

Schets van de huidige professionele situatie (school, opleiding, werk, vrijwilligerswerk, daginvulling)

▲ VERWIJZER

Datum _____ / _____ / _____

Handtekening