

# Wet verplichte GGZ

## Eigen plan van aanpak

NB: Bij dit formulier hoort een toelichting die kan helpen bij het invullen.

Vraag erom als deze er niet bij zit!

*Dit product is geen voorschrift en geeft invulling aan de operationele afspraken tussen ketenpartners voor gebruik onder de Wvvgz. Deze versie is gebaseerd op de informatieproducten die zijn vastgesteld als uitgangspunt voor informatie-uitwisseling tussen ketenpartners. Hieraan kunnen geen rechten worden ontleend. Vragen over dit document kunnen worden gemaild naar **ketenbureauwvggz@minvws.nl**.*

### Dit plan is van

Voornaam:

Achternaam:

Geboortedatum:

Geboorteplaats:

BSN:

#### Woonadres

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

#### of Verblijfadres

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

#### Bij accommodatie als verblijfplaats (indien van toepassing)

Naam instelling:

Locatie:

Afdeling en specialisme:

#### Bereikbaar op

Telefoonnummer:

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

# Wet verplichte GGZ

## Eigen plan van aanpak

### Mijn contactpersoon vanuit de hulpverlening is

Naam:

Functie:

#### Werkzaam bij

Naam instelling:

Locatie:

Afdeling en specialisme:

#### Adres

Straat:

Huisnummer:

Postcode:

Plaats:

#### Bereikbaar op

Telefoonnummer:

### Indien van toepassing. Mijn patientvertrouwenspersoon is

Voornaam:

Achternaam:

Werkzaam bij:

Telefoonnummer:

## 2. Persoonlijke situatie

Wie ben ik? Wat is voor mij normaal? Hoe ziet mijn thuissituatie eruit? Wie zijn voor mij belangrijk?

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

# Wet verplichte GGZ

## Eigen plan van aanpak

### 3. Zorgbehoefte

Mijn eigen hulpvragen luiden als volgt:

Mijn familie en naasten hebben de volgende wensen voor mij:

De zorgverantwoordelijken adviseert de volgende zaken om op te nemen in het plan van aanpak:

### 4. Achtergrondinformatie

**Ik ben in het bezit van een<sup>1</sup>**

- ☐ Crisiskaart
- ☐ Zelfbindingsverklaring
- ☐ Triadekaart
- ☐ Signaleringsplan
- ☐ Iets anders, namelijk:

Indien mogelijk voeg de documenten toe als bijlage van dit plan.

<sup>1</sup>Iedere categorie hier is optioneel/verwijderen wat niet van toepassing is

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

# Wet verplichte GGZ

## Eigen plan van aanpak

### 5. Gemaakte afspraken

#### Mijn gedrag

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Mijn bejegening

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Mijn medicatie

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Mijn verdere behandeling

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Veiligheid van mezelf en anderen

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Mijn dagbesteding / Werk

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Wonen/ Mijn thuissituatie

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

#### Mijn financiën

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

FORMULIER GAAT VERDER OP DE VOLGENDE PAGINA

# Wet verplichte GGZ

## Eigen plan van aanpak

### 5. Gemaakte afspraken (vervolg)

#### Sociale contacten

Wat moet er gebeuren?

Wanneer / intensiteit?

Wie doet wat?

Bereikbaarheid:

#### Deze afspraken gelden van

Datum:

tot en met datum:

en zullen als volgt worden geëvalueerd:

### 6. Ondertekening

Dit plan is opgesteld door:

Op (datum):

In samenwerking met:

**EINDE**