

# Zorgtraject eetstoornis: Behandelplan

Voornaam:

Datum:

Naam:

Diagnose:

Geboortedatum:

Leeftijd bij start zorgtraject:

## Multidisciplinair team

### Huisarts

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

### Psycholoog

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

### Diëtist

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

### Pediater

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

## Psychiater

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

## Andere hulpverlener(s)

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

Naam:

Adres:

e-mail:

Telefoon:

## Omschrijving problematiek

## Doelstellingen vooropgesteld met patiënt:

- 
- 
- 
-

## Taakafspraken

(activiteiten/handelingen) ifv bereik doelstellingen (uitgedrukt in tijd)

- 
- 
- 
- Bijsturingen:

## Wie doet wat

(hulpverlener en patiënt)

- 
- 
- 
- 
- 

## Data zorgoverleg

2 tot max 4 deelnemers, minstens bij start behandelplan en eindevaluatie

- 
- 
- 
- 
- 

## Data bespreking behandelplan

- 
- 
- 
- 

## Bijkomende opmerkingen

## Verdiepend kader: toelichting rond integratie in het EMD

Voor dit sjabloon baseerden we ons op de instructies vanuit het RIZIV rond het opstellen en opvolgen van het behandelplan en dit integreren in het EMD. Dit bevat:

- Datum van opmaak
- Identificatie van de patiënt
- De gegevens van de patiënt, waaruit blijkt dat deze recht heeft op het zorgtraject (diagnose, leeftijd)
- De betrokken zorgverleners en hun contactgegevens.
- Data en aanwezigheid op de multidisciplinaire overlegmomenten.
- Een algemene beschrijving van gegevens die van belang kunnen zijn voor de verdere zorg- en hulpverlening.
- De algemene doelstellingen die met de patiënt worden nagestreefd.
- De vooropgestelde taakafspraken (activiteiten/handelingen) om deze doelstellingen te bereiken.
- De zorgactiviteiten en de verantwoordelijken van zowel de betrokken zorgverleners als de patiënt zelf.

Het behandelplan wordt ook besproken met de patiënt en zijn context.