|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Verklaring over een niet-gewenste aanwezigheid op het multidisciplinaire overleg | ELGEZ-240927 |
|  | ///////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////////// |
|  | **Afdeling Eerste Lijn en Gespecialiseerde Zorg**Simon Bolivarlaan 17, 1000 BRUSSEL**T** 02 553 36 47eerstelijn@vlaanderen.be[www.departementzorg.be](http://www.departementzorg.be)  |
|  | *Waarvoor dient dit formulier?*Met dit formulier geven de zorgaanbieders aan dat de aanwezigheid van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood op het multidisciplinaire overleg niet wenselijk is. |
|  |
|  | Ondertekening door de zorgaanbieders |
|  | We verklaren dat het niet wenselijk is dat de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood aanwezig is op het multidisciplinaire overleg.We verklaren ook dat we alle mogelijke inspanningen hebben geleverd om een geschikte (wettelijke) vertegenwoordiger te vinden, maar dat we er geen hebben gevonden. |
|  |
|  | voor- en achternaam |  | discipline |  | handtekening |
|  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |
|  |       |  |       |  |       |
|  |
|  | Ondertekening door de overlegorganisator |
|  | Ik verklaar dat ik alle mogelijke inspanningen heb geleverd om de familie of iemand uit de omgeving van de persoon met een zorg- en ondersteuningsnood te betrekken bij het multidisciplinaire overleg.We verklaren ook dat we alle mogelijke inspanningen hebben geleverd om een geschikte (wettelijke) vertegenwoordiger te vinden, maar dat we er geen hebben gevonden. |
|  | datum | dag |    | maand |    | jaar |      |  |
|  | handtekening |       |
|  | voor- en achternaam |       |