|  |
| --- |
| **SIGNALERINGSPLAN**  |
| Naam:  | laatste keer besproken: |
| telefoonnummer |  |
| **Stressfactoren/aanleidingen:** |
|  |  |
|  |  |
| **Stabiele en neutrale fase** |
| Wat merk ik zelf: | Wat kan ik doen: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **1e signalen van een mogelijke …………** |
| Wat merk ik zelf: | Wat kan ik doen: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| Wat merkt een ander: | Wat kan een ander doen: |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Licht ………….. fase**  |
| Wat merk ik zelf:  | Wat kan ik doen: |
|  |  |
|  |  |
| Wat merkt een ander: | Wat kan een ander doen; |
|  |  |
|  |  |
| **Matig ………….. fase** |
| Wat merk ik zelf: | Wat kan ik doen: |
|  |  |
|  |  |
| Wat merkt een ander  | Wat kan een ander doen: |
|  |  |
|  |  |
| **Ernstig ………….. fase** |
| Wat merk ik zelf: | Wat kan ik doen: |
|  |  |
|  |  |
| Wat merkt een ander: | Wat kan een ander doen: |
|  |  |
| **Belangrijke telefoonnummers**  |
| Betrokkene 1: | Verpleegkundige:  |
| Betrokkene 2: | Arts/Psychiater: |
|   | Huisartsenpost: |