

## AANVRAAG TOT OPNAME

### Administratieve gegevens

<i>Identificatiegegevens</i>	
Naam:	
Voornamen:	
Adres:	
Rijksregisternummer:	
<i>Burgerlijke staat</i>	
<input type="checkbox"/> Ongehuwd	<input type="checkbox"/> Gehuwd met: <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></span>
<input type="checkbox"/> Gescheiden	<input type="checkbox"/> Weduw(e)naar van: <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px;"></span>
<i>Huidige verblijfplaats:</i>	
Adres:	
<i>Huisdokter</i>	
Naam:	
Telefoon:	
<i>Mutualiteit (vul in of kleef een strookje)</i>	
Verbond:	
Hoedanigheid:	
<i>Contactpersonen</i>	
Naam:	
Telefoon:	
Verwantschap:	
Mailadres:	
Naam:	
Telefoon:	
Verwantschap:	
Mailadres:	
Naam:	
Telefoon:	
Verwantschap:	
Mailadres:	
<i>Financiële hulp van OCMW aangevraagd</i>	
<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Neen
Bewindvoerder:	
<i>Betrokken thuiszorgdiensten</i>	
<i>Handtekening</i>	
	Naam: <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
	Datum: <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>
	Telefoonnummer: <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span>

## Verpleegkundige gegevens

### Identificatie patiënt/bewoner

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_ Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_

### Mobiliteit

#### Kan alleen stappen

#### Kan stappen met hulp van

- stok  
 looprek / vierwielrollator  
 beenprothese  
 1 persoon  
 2 personen

#### Transfers bed-zetel

- zelfstandig  
 1 persoon  
 2 personen  
 actieve tillift  
 passieve tillift

#### Rolstoel

- zelfstandig  
 met hulp

bedlegerig

### Vrijheidsbeperkende maatregel

- voorzettafel  
 fixatievestje  
 lendengordel  
 onrusthekkens

### Desoriëntatie treedt vooral op

- dag  's nachts

### Gedrag

- geen storend of opvallend gedrag  
 moeilijk gedrag  
 agressie (verbaal)  
 agressie (lichamelijk)  
 roepgedrag (regelmatig)  
 weerstand bij verzorging  
 gevaar voor weglopen  
 andere: \_\_\_\_\_

### Zintuigen

#### Gehoor:

- normaal  
 duidelijk verminderd  
 doof

#### Zicht:

- normaal  
 duidelijk verminderd  
 blind

### Handtekening

Naam: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

## Medische gegevens

### Identificatie patiënt/bewoner

Naam en voornaam: \_\_\_\_\_ Rijksregisternummer: \_\_\_\_\_

### Huidige ziekteproblemen:

Medisch: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Psychiatrisch: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

palliatief beleid

### Voeding:

Risico op  
 obesitas  
 ondervoeding  
 slikproblemen

### Zuurstofbehandeling:

ja  
 neen

Dieet: \_\_\_\_\_

### Mentale toestand

<u>Recent geheugen</u>	<u>Ver geheugen</u>	<u>Oriëntatie in tijd</u>	<u>Oriëntatie in ruimte</u>	<u>Als gestoord kadert dit binnen</u>
<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> verwardheid
<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> delier
<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> vermoedelijke dementie
				<input type="checkbox"/> vastgestelde dementie

MMSE: \_\_\_\_\_

Bijgevoegd attest dementie

### Prognose

herstel  
 gestabiliseerde toestand  
 progressieve verslechtering

Nog revalidatiemogelijkheden:  ja  neen

### Wondzorg

ja  
 neen

### Verklaring

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart dat de patiënt niet aan een besmettelijke ziekte of overdraagbare aandoening lijdt, en dat hogervermelde gegevens stroken met de werkelijkheid.

Handtekening en stempel

Datum:

## BIJLAGE 41

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer  
**EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE  
 AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING**

**Identificatiegegevens rechthebbende :**

**Riziv-nummer van de instelling :**

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

**A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :**

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET-BEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren

**OF:** de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van .....

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : - categorie O categorie A categorie B categorie C categorie Cdement  
categorie D aangevraagd <sup>(1)</sup>

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd <sup>(1)</sup>

**B. Redenen die de wijziging van de categorie rechtvaardigen (enkel in geval van toename):**

**C. De Geneesheer (vereist indien de categorie D wordt aangevraagd of toename afhankelijkheid minder dan 6 maanden na wijziging schaal tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:**

Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer: Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige <sup>(1)</sup>	Datum: ...../...../.....	Handtekening:
--	-----------------------------	---------------

<sup>(1)</sup> Schrapen wat niet past.

<sup>(2)</sup> Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

Naam :

Kamer:

(naamvignet)

Huisarts:

tel:

Aandachtspunten bij medische behandeling	Dieet:	Pacemaker:	MRSA-status	vaccinatie griep	vaccinatie pneumo
	Allergie:	DNR –code:	(dat.)	(dat.)	(dat.)

BB	EB	medicatie	Toed wijze	8	12	17	21	..u	..u

Medicatie in schema groeperen per toedieningsvorm !

<b>Aandachtspunten bij toediening:</b> 1) medicatie pletten – toezicht op inname - via sonde toedien. 2) bewoner beheert medicatie en de inname ervan volledig zelf of alleen de inname ervan na klaarstelling door een verpleegk. of alleen de inname/applicatie van welbepaalde medicamenten.	<b>Paraf (en akkoord van) huisarts + datum :</b>    
<b>Toedieningswijzen:</b> <b>PO</b> = per os <b>SL</b> = onder tong <b>Rect</b> = rectaal <b>SC. IM. IV.</b> = insp. <b>PC</b> = via huid <b>AH</b> = via ademhaling (O <sub>2</sub> , puff, aërosol) <b>S</b> = via sonde                      Oog- oor- neus-druppels /zalven	