

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:
<input type="checkbox"/> Gescheiden	<input type="checkbox"/> Weduw(e)naar van:
<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:
	Datum:
	Telefoonnummer:

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 ⁽¹⁾

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd ⁽¹⁾

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 ⁽¹⁾	Datum:/...../.....	Handtekening:
--	-----------------------------	---------------

⁽¹⁾ Schrappen wat niet past.

⁽²⁾ 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 !

Aandachtspunten bij toediening:

- 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.

Paraf (en akkoord van) huisarts + datum :

Toedieningswijzen: **PO** = per os**SL** = onder tong**Rect** = rectaal**SC. IM. IV.** = insp.**PC** =

via huid

AH = via ademhaling (O2, puff, aërosol)**S** = via sonde

Oog- oor- neus-druppels

/zalven