

Geneeskundige aanvraag voor opname in een CM-hersteloord

1. Administratieve gegevens

1.1 Aanvrager (alle gegevens invullen of klever ziekenfonds)

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:

Adres:

Postcode : Gemeente:

Tel./Gsm:

N° ziekenfonds: Code gerechtigde:/.....

Naam huisarts: Tel. huisarts:

De aanvrager verblijft op dit ogenblik: Thuis in het ziekenhuis of een ander centrum:

Naam/Dienst:	Contactpersoon:	Telefoon/mail:

1.2 Contactpersoon

Naam: Voornaam: Verwantschap:.....

Tél./Gsm:

Naam: Voornaam: Verwantschap:.....

Tél./Gsm:

1.3 Eventuele begeleider (indien de begeleider zorgafhankelijk is: aparte aanvraag opmaken)

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:.....

Tél./Gsm:.....

Adres:

Postcode : gemeente:

1.4 Gewenst centrum

Zorgverblijf Ter Duinen
Louisweg, 46
8620 Nieuwpoort
Tél. 058/22.33.11
Fax 058/22.33.00
planning@terduinen.be

Zorgverblijf Hooidonk
Langestraat, 170
2240 Zandhoven
Tél. 03/320.28.11
herstel@hooidonk.be

Séjours & santé Spa Nivezé
Route du Tonnelet, 76
4900 Spa
Tél. 087/79.00.00
Fax 087/79.03.00
info@niveze.be

De patiënt wenst een: Eenpersoonskamer Tweepersoonskamer Kamer met begeleider

Klever ziekenfonds

Klever ziekenfonds

2. Medische en sociale gegevens

2.1 Diagnose die een zorgverblijf noodzakelijk maakt:

.....
.....
.....

Behandelplan dient gericht te zijn op:

Optimaliseren zelfredzaamheid

Ondersteuning mantelzorg

Specifieke revalidatie

Rust

Andere nl:

Werd de betrokkene reeds eerder opgenomen in een herstelverblijf voor dezelfde behandeling?:

Ja Nee

Opname ziekenhuis:/...../.....

Verwachte ontslagdatum:/...../.....

Datum operatie:/...../.....

Code van de ingreep:

Steunverbod: Ja Nee Indien ja, tot:/...../.....

Zorgverblijf door een ongeval met een verantwoordelijke derde : : Ja Nee

Zorgverblijf door een erkend arbeidsongeval: Ja Nee

2.2 Andere pathologiën of noodzakelijke verzorging:

(logopedie, dialyse, gastrostomie, wondzorg, urinaire sonde—indien supra pubis -> 1 vervangsonde meegeven)

.....
.....
.....

Zuurstof Gegevens leverancier:.....

Is er al een toelating van de geneesheer? Ja Nee

2.3 Besmettingsgevaar: Bestaat er een risico op besmetting van ander personen?

Ja, omschrijf:

(Ziekenhuisbacterie: indien een eerste positieve screening, is een negatieve screening noodzakelijk)

2.4 Specifiek dieet:

Ja, omschrijf:

2.5 Allergieën:

Ja, omschrijf:

2.6 Sociale redenen:

Omgevingsfactoren of sociale redenen die naast de medische redenen een verblijf in een hersteloord verantwoorden (niet-aangepaste woonsituatie, gezinssituatie, ...)

.....
.....

Is er:

Thuisverpleging:

Mantelzorgomkadering:

Voorlopige bewindvoering:

Opvolging door een erkende dienst maatschappelijk werk:

Andere:

3. Beschrijving van de huidige zelfredzaamheid (Katz-schaal)

criterium	1	2	3	4
Wassen	Kan zichzelf wassen zonder enige hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
Kleden	Kan zichzelf helemaal aan- en uitkleden zonder hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
Verplaatsen	Kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	Kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	Heeft volstrekte hulp van derden nodig om te staan en zich te verplaatsen	Is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen
Toiletbezoek	Kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen	Heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de rolstoel
Continentie	Is continent voor urine en faeces	Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. Blaassonde of stoma)	Is incontinent voor urine (mictietraining inclusief)	Is incontinent voor urine en faeces
Eten	Kan alleen eten en drinken	Heeft vooral hulp nodig om te eten en drinken	Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens eten of drinken	De patiënt wordt gevoed
Tijdbesef	Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriëteerd
Plaats	Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriëteerd

Indien de persoon een 2 of meer scoort voor tijds- en plaatsbesef: gelieve een recente MMSE-score te bezorgen, een uitgebreid verslag van de medische voorgeschiedenis en van het huidige gedrag van de persoon. **MMSE-score:/30**

criterium	1	2	3	4	5
NACHTELIJKE ONRUST	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
VERBAAL STOREN	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
DESTRUCTIEF GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
BESCHULDIGEND GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
RUSTELOOS GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
DECORUM VERLIES	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
WEGLOOP GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren

4. Psychische elementen

N.B. : De centra hebben geen gesloten afdeling. De cliënten kunnen vrij terecht in het cafetaria. Er is geen specifieke omkadering voorzien met een psychiatrische-cognitieve problematiek.

- Tijdelijke verwarheid:
- Depressie:
- Verstandelijke handicap:
- Agressief gedrag:
- Verslavingsproblematiek
- Psychiatrische problematiek:
- Andere:

Indien één van bovenstaande situatie werd aangekruist, omschrijf:

.....
.....

5. Geplande opvang na herstel

- Terugkeer naar:
- Andere:
- Problematisch vanwege:

6. Te verwachten verblijfsduur

Opmatedatum/...../..... tot/...../.....

Verblijfsduur:

Graag bijvoegen: een recent medisch verslag en een medicatielijst

Datum:/...../.....

Handtekening

Naam handtekende arts (hoofdletters) of stempel :

Riziv nr. handtekende arts:

Stuur dit document terug naar het gewenste centrum via post, fax of e-mail.

Zorgverblijven
jouw verblijf, onze zorg



**Hoodonk
Spa Nivezé
Ter Duinen**