

## AANVRAAG TOT OPNAME

vast verblijf /  kortverblijf

Vak voorbehouden voor medewerker sociale dienst. Dit document is pas definitief **na intake**.

<p><b>Datum intake:</b> .....</p> <p><b>Door:</b> .....</p> <p><b>Aanvraag:</b> <input type="checkbox"/> Open afdeling <input type="checkbox"/> Afdeling voor bewoners met dementie</p>	<p><b>Te zenden naar:</b> WZC Zonnewende, t.a.v. Sociale dienst Kerkstraat 5 2950 Kapellen</p>
<p><b>Aanvraag voor kortverblijf</b></p> <p><b>Gevraagde periode :</b> <b>VAN</b> ..... <b>TOT</b> .....</p>	<p><b>Sociale dienst:</b> Ellen Verbaenen – Sarah Gysbrechts – Frie Marcelo Tel: 03/660.25.19 E-mail: ellen.verbaenen@zusters-berlaar.be sarah.gysbrechts@zusters-berlaar.be frie.marcelo@zusters-berlaar.be</p>

### Privacy – Wetgeving:

“Ondertekende geeft duidelijk toestemming tot verzameling van vermelde gegevens en wordt ervan in kennis gesteld dat de verzameling en verwerking van persoonsgegevens geschiedt overeenkomstig de wet van 8 december 1992 op de bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten aanzien van de verwerking van persoonsgegevens, en van haar uitvoeringsbesluiten. Meer informatie hierover kan bekomen worden bij de directie.”

Datum + Handtekening

### 1. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

NAAM: .....

VOORNAAM: .....

ROEPNAAM: .....

BURGERLIJKE STAAT: .....

ADRES: .....

GEBOORTEPLAATS EN DATUM: .....

HUIDIG VERBLIJF: ..... SINDS: .....

KLEVER ZIEKENFONDS

**CONTACTPERSONEN** (naam, verwantschap, adres en telefoonnummer) :

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

**AANGESTELDE VERTEGENWOORDIGER ?**      Ja / Nee      Wie ? .....

**BEWINDVOERDER (via vrederechter) ?**      Ja / Nee      Wie ? .....

**HUISARTS:**      .....

**BEHANDELENDE SPECIALIST:**      .....

**2. INFORMATIE AANGAANDE DE VERZORGING THUIS**

**DOET U REEDS BEROEP OP THUISZORGDIENTEN?**      Ja / Neen

**ZO JA, WELKE?**

- Verpleging: Naam + Tel.: ..... Ja / Neen  
Aantal bezoeken per dag / per week: .....
- Gezinshulp: Naam + Tel.: ..... Ja / Neen  
Aantal bezoeken per dag / per week: .....
- Poetshulp: Naam + Tel.: ..... Ja / Neen  
Aantal bezoeken: .....
- Warme maaltijden      Ja / Neen  
Aantal per week: .....
- Andere:  
.....  
.....

**WELKE HULPMIDDELEN GEBRUIKT U REEDS?** (vb. Loopstok, rollator, tilliften, ...)

.....  
.....

### **3. VRAGENLIJST VOOR DE HUISARTS** (in te vullen door de huisarts)

Geachte Collega,

Mag ik U vragen om de begeleidende pagina's in te vullen. Deze bundel gegevens moet voorafgaand aan de opname aan het woonzorgcentrum overhandigd worden.

Zo niet, is niet voldaan aan de voorwaarden tot opname in onze voorziening.

Deze gegevens zullen in het medisch dossier van de bewoner gestoken worden.

Bedankt voor de medewerking,

Dr. Jan De Wit

CRA WZC Zonnewende

#### ***Persoonsgegevens patiënt :***

Naam	:	
Voornaam	:	
Geboortedatum	:	
Rijksregisternummer	:	
Huisarts	:	

## MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS

1. Locomotorisch – Gewrichten :

2. Cardio-vasculair :

3. Pneumologisch :

4. Gastro- intestinaal :

5. Urogenitaal – Geslachtsorganen :

6. Neurologisch :

7. Zintuigen :

8. Psychisch :

Normaal

Verward

Dementie

Depressief

Bradypsychie

Agressief

9. Endocrinologisch :

10. Dermatologisch :

11. Familiale belasting en risicofactoren :

**Ondergetekende geneesheer verklaart dat de resident niet lijdt aan een besmettelijke aandoening ( TBC, Scabies, AIDS, Hepatitis, e.a.....)**

Datum, stempel en handtekening:

1. Diagnoses:

- .....
- .....
- .....
- .....

2. Heelkundige ingrepen / aanwezigheid van prothesen of stimulatoren

- .....
- .....
- .....

3. Allergieën en intoleranties

- .....
- .....

4. Vaccinaties en datum toediening

Tetanus : ..... Hepatitis A : .....

Pneumokokken : ..... Hepatitis B : .....

Influenza : .....

Gekend voor Hepatitis C? ja / nee

5. Belangrijke medische parameters bij opname

BD :                      Pols :                      Ritme :  
Gewicht :                      Lengte :

Protocol RX Thorax : .....  
Protocol basis EKG : .....  
Antistolling (produkt) : .....  
Creatinineklaring : .....  
(Cockcroft en Gault)

6. Medicatie :

Geleef een kopij van de actuele medicatiefiche mee te geven

Handtekening, datum en stempel huisarts:

## LABO BILAN bij opname

### Hematologie.

CoFo, sed., Trombocyten, fe., Ferritine en/of IBC.

### Ionogram.

Na, k, Chloor, Bicarbonaat, Ca, Fosfor.

### Biochemie.

Glucose N / 1-2 u PP.

Ureum, Creatinine, Urinezuur.

Creatinineklaring. ( Formule van Cockcroft en Gault ).

### Lever.

T.E. en Electroforese. Bilirubine totaal, HBsAg (verplicht !).

### Enzymes.

GOT, GPT, Lipase, LDH, Alk. Fosfat.

### Stoling.

Fibrinogeen.

### Schildklier.

TSH, T3, T4.

### Andere.

Vit B12, Foliumzuur.

Op een midstream staal urine: Alb, Glucose, sediment (cylinders)

Hgb., RBC.

### INDIEN MOGELIJK / BESCHIKBAAR :

Een kopij van een recent en belangrijk / interessant labo-resultaat

**FYSIEK**

**Vallen:**             Nooit             Soms             Dikwijls

**Beschermende maatregelen (fixatie):**

Dag             Nacht

Welke: .....

Reden: .....

**Wondzorg / Decubitus:** .....

**Voeding:**

Eetlust:             Goed             Slecht

Specifieke aandachtpunten: .....

.....

**Varia:**

Hoorapparaat:  Links             Rechts             Geen

Bril:             Geen             Lezen             Ver

Tandprothese:  Boven             Onder             Beide             Geen

Sonde:            Ja / Neen (Maag of Urine)

**PSYCHISCH**

**Persoon is verward:**     Ja     Neen             Af en toe

**Persoon is aanspreekbaar:**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Werkelijk contact            | <input type="checkbox"/> Aanspreekbaar                    |
| <input type="checkbox"/> Geen contact mogelijk        | <input type="checkbox"/> Gaat sociaal om met anderen      |
| <input type="checkbox"/> Kan zich moeilijk uitdrukken | <input type="checkbox"/> Begrijpt toegespeelde informatie |
| <input type="checkbox"/> Kan zich niet uitdrukken     |   |

**Gedrag:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Niet storend         | <input type="checkbox"/> Licht storend   | <input type="checkbox"/> Verbale agressie | <input type="checkbox"/> Fysieke agressie           |
| <input type="checkbox"/> Voortdurende onrust  | <input type="checkbox"/> Loopt veel rond | <input type="checkbox"/> Wegloopgedrag    | <input type="checkbox"/> Totaal in zichzelf gekeerd |
| <input type="checkbox"/> Onwelvoeglijk gedrag | <input type="checkbox"/> Sterk storend   | <input type="checkbox"/> Roepgedrag       |   |

**Oriëntatie:**

Ruimte

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Volledige georiënteerd                      | <input type="checkbox"/> Volledig gedesoriënteerd |
| <input type="checkbox"/> Enkel in eigen woning / op eigen afdeling   | <input type="checkbox"/> Enkel in eigen kamer     |
| <input type="checkbox"/> Vindt zonder hulp kamer / bed / toilet niet |   |

Persoon

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Volledige georiënteerd      | <input type="checkbox"/> Volledig gedesoriënteerd |
| <input type="checkbox"/> Kent zichzelf bij naam      | <input type="checkbox"/> Kent familie bij naam    |
| <input type="checkbox"/> Herkent personeel / anderen |   |

Tijd

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Volledige georiënteerd             | <input type="checkbox"/> Volledig gedesoriënteerd |
| <input type="checkbox"/> Gedesoriënteerd dag / maand / jaar | <input type="checkbox"/> Omkering dag / nacht     |
| <input type="checkbox"/> Gedesoriënteerd uur / dag          |   |

## KATZ-SCHAAL

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

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt

D-categorie categorie O categorie A categorie B categorie C categorie Cd aangevraagd.

Naam huisarts of verpleegkundige:

Handtekening :

Datum :