

AANVRAAG TOT OPNAME

Administratieve gegevens

<i>Identificatiegegevens</i>			
Naam:	_____		
Voornamen:	_____		
Adres:	_____		
Rijksregisternummer:	_____		
<i>Burgerlijke staat</i>			
0 Ongehuwd	0 Gehuwd met: _____		
0 Gescheiden	0 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:	_____	Verwantschap:	_____
Telefoon:	_____	Mailadres:	_____
Naam:	_____	Verwantschap:	_____
Telefoon:	_____	Mailadres:	_____
Naam:	_____	Verwantschap:	_____
Telefoon:	_____	Mailadres:	_____
<i>Financiële hulp van OCMW aangevraagd</i>			
0 Ja	0 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

(Louter informatief)

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 wegllopen
 andere: _____

Zintuigen

Gehoor:

- normaal
 duidelijk verminderd
 doof

Zicht:

- normaal
 duidelijk verminderd
 blind

Handtekening

Naam: _____

Datum: _____

Medische gegevens

<i>Identificatie patiënt/bewoner</i>	
Naam en voornaam: _____	Rijksregisternummer: _____
<i>Huidige ziekteproblemen:</i>	
Medisch: _____	_____
Psychiatrisch: _____	_____
<input type="checkbox"/> palliatief beleid	
Voeding: Risico op <input type="checkbox"/> obesitas <input type="checkbox"/> ondervoeding <input type="checkbox"/> slikproblemen <input type="checkbox"/> allergie Dieet: _____	Zuurstofbehandeling: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
<i>Mentale toestand</i>	
<u>Recent geheugen</u> <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> licht gestoord <input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<u>Ver geheugen</u> <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> licht gestoord <input type="checkbox"/> ernstig gestoord
<u>Oriëntatie in tijd</u> <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> licht gestoord <input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<u>Oriëntatie in ruimte</u> <input type="checkbox"/> normaal <input type="checkbox"/> licht gestoord <input type="checkbox"/> ernstig gestoord
<u>Als gestoord kadert dit binnen</u> <input type="checkbox"/> verwardheid <input type="checkbox"/> delier <input type="checkbox"/> vermoedelijke dementie <input type="checkbox"/> vastgestelde dementie	
MMSE: _____	
Bijgevoegd attest dementie <input type="checkbox"/>	
<i>Prognose</i>	
<input type="checkbox"/> herstel <input type="checkbox"/> gestabiliseerde toestand <input type="checkbox"/> progressieve verslechtering	
Nog revalidatiemogelijkheden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
<i>Wondzorg</i>	
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen	
<i>Verklaring</i>	
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 aanden 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	Datum:/...../.....	Handtekening:
---	-----------------------------	---------------

(1) Schrappen wat niet past.

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