

## AANVRAAG TOT WONEN

### 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"/> Samenwonend 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:	_____	Verwantschap:	_____
Telefoon:	_____	Mailadres:	_____
Naam:	_____	Verwantschap:	_____
Telefoon:	_____	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

- |                                     |   |   |                                      |
|-------------------------------------|---|---|--------------------------------------|
| <u>Kan alleen stappen</u>           | <u>Kan stappen met hulp van</u>                     | <u>Transfers bed-zetel</u>                | <u>Rolstoel</u>                      |
| <input type="checkbox"/>            | <input type="checkbox"/> stok                       | <input type="checkbox"/> zelfstandig      | <input type="checkbox"/> zelfstandig |
|                                     | <input type="checkbox"/> looprek / vierwielrollator | <input type="checkbox"/> 1 persoon        | <input type="checkbox"/> met hulp    |
|                                     | <input type="checkbox"/> beenprothese               | <input type="checkbox"/> 2 personen       |                                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> 1 persoon                  | <input type="checkbox"/> actieve tillift  |                                      |
|                                     | <input type="checkbox"/> 2 personen                 | <input type="checkbox"/> passieve tillift |                                      |
| <input type="checkbox"/> bedlegerig |   |   |                                      |

### Vrijheidsbeperkende maatregel

Binnen Keyhof streven wij naar een fixatie-arm beleid. Vanaf de verhuizing zal samen met u bekeken worden wat het best passend is voor u, vertrekkend vanuit dit streven.

### Desoriëntatie treedt vooral op

- dag                       's nachts

### Onbegrepen gedrag dat zich uit in:

- agressie (verbaal)
- agressie (lichamelijk)
- roepgedrag (regelmatig)
- weerstand bij verzorging
- normaal
- gevaar voor dwalen
- andere: \_\_\_\_\_

### Zintuigen

- Gehoort:
- 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:**

- obesitas
- ondervoeding
- slikproblemen

- allergie \_\_\_\_\_
- intolerantie \_\_\_\_\_
- dieet \_\_\_\_\_

**Zuurstofbehandeling:**

- ja
- neen

*Mentale toestand*

<u>Recent geheugen</u>	<u>Ver geheugen</u>	<u>Oriëntatie in tijd</u>	<u>Oriëntatie in ruimte</u>	<u>Als verstoord 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 verstoord	<input type="checkbox"/> licht verstoord	<input type="checkbox"/> licht verstoord	<input type="checkbox"/> licht verstoord	<input type="checkbox"/> delier
<input type="checkbox"/> ernstig verstoord	<input type="checkbox"/> ernstig verstoord	<input type="checkbox"/> ernstig verstoord	<input type="checkbox"/> ernstig verstoord	<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 kunsttaars)	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 gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd 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> Schrappen wat niet past.

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

