

AANVRAAG TOT WONEN

Administratieve gegevens

Identificatiegegevens:

Naam: _____
 Voornamen: _____
 Adres: _____
 Rijksregisternummer: _____

Burgerlijke staat:

Gehuwd met: _____
 Samenwonend met: _____
 Weduw(e)naar van: _____
 Ongehuwd
 Gescheiden

Huidige verblijfplaats:

Adres: _____

Huisdokter:

Naam: _____ Telefoon: _____

Mutualiteit (vul in of kleef een strookje):

Verbond: _____
 Hoedanigheid: _____

Contactpersonen:

Naam: _____	Naam: _____
Telefoon: _____	Telefoon: _____
Verwantschap: _____	Verwantschap: _____
Mailadres: _____	Mailadres: _____

Financiële hulp van OCMW aangevraagd:

Ja Neen
 Bewindvoerder: _____

Betrokken thuiszorgdiensten:



Medische informatiedeling via digitale kanalen (1e 3 vakjes aankruisen indien akkoord, indien niet akkoord laatste vakje aanduiden)

Ik, geef als bewoner of vertegenwoordiger

- de toestemming om het BelRai beoordelingsinstrument te gebruiken via de software Pyxicare om van hieruit een zorgplanning op te maken.
- de gegevens uit de Belrai te delen via beveiligde platformen met zorgverleners met een therapeutische link
- geef geen toestemming om bovenstaande informatiedelingen te gebruiken

Handtekening:

Naam: _____
 Datum: _____

Zorggerelateerde 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"/> Zelfstandig | <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

Hygiënische zorg:

- Zelfstandig
- Hulp in badkamer
- Bedbad

Voeding

- Zelfstandig
- Hulp
- Aangepaste voeding nl



Onbegrepen gedrag dat zich uit in:

- Agressie (verbaal)
- Agressie (lichamelijk)
- Roepgedrag (regelmatig)
- Weerstand bij verzorging
- Normaal
- Gevaar voor dwalen
- Andere:

Zintuigen

Gehoer:

- Normaal
- Duidelijk verminderd
- Doof

Zicht:

- Normaal
- Duidelijk verminderd
- Blind

Handtekening:

Naam: _____

Datum: _____

Vroegtijdige zorgplanning

(Enkel door arts/ huisarts in te vullen)

Naam en voornaam patiënt:

Naam en voornaam arts:

Telefoonnummer arts:

Medische-allergie:

Medicatie-intolerantie:

Voedselallergie:

Voedselintolerantie:

Huidige basisdiagnose voor opname:

.....

DNR-code:

- DNR 0 DNR 1 DNR 2 DNR 3

Zorgcode:

- A B C

Chirurgische ingrepen:

Psychiatrisch:



Medische voorgeschiedenis: _____

Indien van toepassing: datum medisch bilan dementie: _____
 Aard van dementie: _____

Huidige ziekteproblemen:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Nierinsufficiëntie |
| <input type="checkbox"/> Hartproblemen | <input type="checkbox"/> Stollingsstoornis |
| <input type="checkbox"/> Pacemaker | <input type="checkbox"/> Bloedverdunners |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Risico op trombose |
| <input type="checkbox"/> COPD | |

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

Revalidatiemogelijkheden: ja neen

Wondzorg:

ja neen



Palliatief dossier:

Ja Nee

Indien ja, dossier toevoegen.

Zorgvolmacht:

Ja Nee

Negatieve wilsverklaring:

Ja Nee

Verklaring euthanasie:

Ja Nee

Vertrouwenspersoon:

Ja Nee

Indien ja, wie:

Wettelijk vertegenwoordiger:

Ja Nee

Indien ja, wie:

Speciale wensen:

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:

Naam: _____

Datum: _____

Stempel:



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
CONTINENT-TIE			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 gedesorïenteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesorïenteerd 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 ⁽²⁾

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.



Medicatiefiche

Naam patiënt:

.....

Naam medicatie	Dosis	08u00	12u00	17u30	20u00	22u00

Datum + handtekening arts:

.....

.....

