

AANVRAAG TOT OPNAME vast verblijf kortverblijf

Vak voorbehouden voor medewerker sociale dienst, dit document is pas definitief na intake door de sociale dienst

<p>Datum intake:</p> <p>Datum aanvraag:</p> <p>Door:</p> <p>Aanvraag: <input type="checkbox"/> Open afdeling <input type="checkbox"/> Afdeling voor bewoners met dementie</p>	<p>Te zenden naar: WZC Heilige Familie, t.a.v. Sociale dienst Westerlosesteenweg 37 2220 Heist op den Berg</p> <p>Tel. : 015/24.18.26 E-mail: info.hf@zusters-berlaar.be</p>
<p>Aanvraag voor kortverblijf:</p> <p>Gevraagde periode VAN</p> <p style="text-align: center;">TOT</p> <p>Kamer:</p>	<p>Sociale dienst: Sandra Verberck</p> <p>Tel: 015/25.72.58 E-mail: sandra.verberck@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:

IS ER EEN VERTEGENWOORDIGER AANGESTELD? Ja / Neen Zo ja, wie?

CONTACTPERSONEN (naam, verwantschap, adres en telefoonnummer) :

ONTVANGT DE AANVRAGER MANTELZORG? Ja / Neen

Naam mantelzorger + hoe vaak?

ZIEKENFONDSGEGEVENS: (kleefvignet)

HUISARTS:

BEHANDELENDE SPECIALIST:

2. INFORMATIE AANGAANDE DE OPNAME

KAMERKEUZE:

- Campus I: éénpersoonskamer / tweepersoonskamer
- Campus II (afsluitbare afdeling): (enkel éénpersoonskamers)
- Echtpaar

REDEN VAN AANVRAAG:

HOE STAAT DE TOEKOMSTIGE BEWONER TEGENOVER DE AANVRAAG?

BIJZONDERHEDEN ROND FINANCIËLE HULP:

- Aanvraag OCMW Ja / Neen
- Inkomens vervangende tegemoetkoming Ja / Neen
- Zorgverzekering Ja / Neen
- Integratietegemoetkoming Ja / Neen
- Tegemoetkoming hulp aan bejaarden Ja / Neen
- Dossier VL. Agent. vr pers. met handicap Ja / Neen
- Inkomensgarantie voor ouderen Ja / Neen
- Andere (bijvoorbeeld: familiaal, sociaal, voorlopige bewindvoerder, ...)

.....
.....

3. INFORMATIE AANGAANDE DE VERZORGING

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, ...)

.....
.....

4. MEDISCHE GEGEVENS (in te vullen door de huisarts)

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS / ALLERGIEËN:

HUIDIGE ZIEKTEBEELDEN / DIAGNOSE:

Indien van toepassing - diagnose dementie gesteld door specialist :(datum)

(Gelieve de verslagen in bijlage toe te voegen)

HUIDIGE MEDICATIE:

KLINISCHE ONDERZOEK:

- Hartritme:
- Bloeddruk:
- Bijzonderheden:

IMPLANTATEN:

- Pacemaker
- Kleppen
- Gewrichtsprothesen
- Stimulatoren

TOEGEDIENDE VACCINATIES:

- Griepvaccin Datum:
- Pneumokokkenvaccin Datum:
- Andere Datum:

DIEET: Ja / Neen

- vetarm
- suikervrij
- zoutarm
- ander:

ANDERE:

- Ergotherapie
- Kiné:
- Logopedie:

MMSE: *(kopie bezorgen aan de sociale dienst)*

Datum afname: Resultaat: / 30

Vorm van dementie:

ANDERE BIJZONDERHEDEN:

(MRSA: datum – resultaat – behandeling – stadium van behandeling , O² therapie, ...)

.....

.....

.....

Handtekening, datum en stempel huisarts:

5. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS (in te vullen door de verpleegkundige of huisarts)

FYSIEK

Vallen: Nooit Soms Dikwijls

Beschermende maatregelen (fixatie):

Dag Nacht

Welke:

Reden:

Wondzorg / Decubitus:

Voeding:

Eetlust: Goed Slecht

Specifieke aandachtspunten:

.....

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"/> Weglooptgedrag | <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 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	Score	1	2	3	4
TIJD		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS		geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd 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:

