

AANVRAAG TOT OPNAME IN EEN ASSISTENTIEWONING.

VZW "ZORGGROEP ZUSTERS VAN BERLAAR" Groep assistentiewoningen "Ten Gaerde" Westerlosesteenweg 37 2220 Heist-op-den-Berg Tel Woonassistent: 015/25.83.30 Tel woonzorgcentrum: 015/24.18.26	Vak voorbehouden voor Woonassistent Datum aanvraag: Bezoek familie: Bezoek bejaarde: Dr / Prev (N dr)
--	---

1. PRIVACY - WETGEVING:

"Ondergetekende geeft uitdrukkelijk toestemming tot verzameling en verwerking van onderstaande 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."

Handtekening:

2. IDENTIFICATIEGEGEVENS.

Naam + voornaam:	Roepnaam:
Burgerlijke staat:	
Adres:	
Geboorteplaats en -datum:	

3. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS.

Huidig verblijf: Tel:	Sinds:
Contactpersoon (naam, verwantschap, telefoonnummer)	
Ziekenfondsgegevens (kleefvignet)	
Behandelende huisarts:	Specialist:

4. INFORMATIE AANGAANDE DE OPNAME EN DE DIENSTVERLENING.

Redenen van de aanvraag.
De opname is: <input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> Uit voorzorg (preventief - niet dringend)
Hoe staat de toekomstige bewoner tegenover de aanvraag?
Informatie betreffende de gewenste woonsituatie: (aankruisen wat past) <input type="checkbox"/> Wenst met(naam) een woning te bewonen. <input type="checkbox"/> Wenst alleen een woning te bewonen.
Bijzonderheden (familiaal sociaal, financieel: o.a. aanvraag O.C.M.W.)

5. INFORMATIE AANGAANDE DE VERZORGING

Doet u reeds beroep op thuiszorgdiensten? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Zo ja, welke?
<input type="checkbox"/> Verpleging: Naam + Tel.: Ja / Neen Aantal bezoeken per dag / per week:
<input type="checkbox"/> Gezins hulp: Naam + Tel.: Ja / Neen Aantal bezoeken per dag / per week:
<input type="checkbox"/> Poetshulp: Naam + Tel.: Ja / Neen Aantal bezoeken:
<input type="checkbox"/> Warme maaltijden Ja / Neen Aantal per week:
<input type="checkbox"/> Andere:
Welke hulpmiddelen gebruikt u reeds? (vb. Loopstok, rollator, tilliften, ...)

6. MEDISCHE GEGEVENS (in te vullen door de behandelende arts)

➤ Antecedenten / allergieën

➤ Diagnose / huidige ziekteproblemen:

➤ Behandeling:

▪ Medicatie:

Benaming geneesmiddel	8 uur	12 uur	16 uur	20 uur

▪ Dieet:

▪ Andere (o.a. ergo - kiné - logopedie)

Verklaring (verplicht volgens bejaardendecreet dd. 5 maart 1985)

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart dat er geen beletsel is tegen de opname op het verblijf van bovenvermelde bejaarde in een assistentiewoning, en dat betrokkene geen besmettelijke aandoening of ziekte heeft.

Datum:

Handtekening,

Stempel geneesheer

7. EVALUATIESCHAAL (in te vullen door verpleegkundige of behandelende arts)

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 VERPLAATSI NGEN			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
TOILETBEZO EK			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
CONTINENTI E			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

Eetlust: goed - slecht

Vallen: nooit - soms- dikwijls

Fixatie: dag - nacht

Andere specifieke zorgen: - decubitus
- sonde
- verband

CRITERIUM			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

MMSE: / ... / 20.....: / 30

De verpleegkundige,
(naam, datum, handtekening)

