

AANVRAAG VOOR OPNAME

Opnamedatum:
Verblijfsduur (minimum): van.....tot.....

Zorgvorm (ENKEL IN TE VULLEN DOOR SALVATOR):

Kort verblijf Oriënterend kort verblijf Herstelverblijf

Verwijzende instantie

Identificatie verwijzer:
Naam + tel nr contactpersoon:
Naam + tel nr ziekenhuisdienst:
Behandelende arts:

Persoonsgegevens

Naam + voornaam:
Geboortedatum en -plaats:
Adres:
Postcode + gemeente:
Rijksregisternummer:
Nr Identiteitskaart:
E-mail:
Geslacht: Man / Vrouw
Nationaliteit:
Taal: NL / FR / Andere:.....
Herkomst: Ziekenhuis: Herstelverblijf:
 Kortverblijf: Ander WZC:
 Thuis:

Huisarts:
Adres + Tel nr:

Contactpersonen:

1. Naam: Tel:
Adres:
Verwantschap:
E-mail:
2. Naam: Tel:
Adres:
Verwantschap:.....
E-mail:

Datum:

Katz-schaal

CRITERIUM	SCORE	1	2	3	4
WASSEN		Kan zichzelf wassen zonder enige hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
KLEDEN		Kan zichzelf helemaal aan- en uitkleden zonder hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
VERPLAATSEN		Kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	Kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	Heeft volstrekte hulp van derden nodig om op te staan en zich te verplaatsen	Is bedlegerig of zit in rolstoel en is volledig afhankelijk om zichtte verplaatsen
TOILETBEZOEK		Kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen	Heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de toiletstoel
CONTINENTIE		Is continent voor urine en faeces	Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of stoma)	Is incontinent voor urine (mictietraining inclusief)	Is incontinent voor urine en faeces
ETEN		Kan alleen eten en drinken	Heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken	De patiënt wordt gevoed

CRITERIUM	SCORE	1	2	3	4
TIJD		Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriënteerd
PLAATS		Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriënteerd

0 0

0 A

0 B

0 C

0 CD

0 D (met attest)

Datum:

Ziekenfonds (klever)

Aanvraag tussenkomst mutualiteit gebeurd: Ja / Nee

Woonvorm voor opname:

- 0 alleenwonend
- 0 met zelfredzame partner
- 0 met zorgbehoevende partner
- 0 andere vorm:

Mantelzorg voor opname:

- 0 familie
- 0 kennis/buren
- 0 andere

Professionele zorg voor opname:

- | | |
|-------------------|--------------------|
| 0 thuisverpleging | 0 gezinshulp |
| 0 poetshulp | 0 maaltijdbedeling |
| 0 paramedisch | 0 andere |

Doelstelling na short stay

Omschrijf welke professionele zorg nodig

.....
.....
.....

Facturen versturen naar:

Naam + voornaam:

Adres:

Postcode + gemeente:

Datum:

Medische gegevens

1. Relevante medische voorgeschiedenis

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Actieve problematiek: Fysisch / Psychisch / Andere

.....
.....
.....
.....
.....

CBT code: Nee / Ja:

3. Bijzondere aandachtspunten, graag voldoende verduidelijking indien van toepassing:

- Stomazorg:
- Steunverbod:
- Verblijfsonde:
- O2 + conventie in orde voor opname:
- Dialyse:
- PEG-sonde:.....
- Fixatie + welke:
- Zorginfecties:.....
- Andere:.....

4. Uit te voeren wondzorg(en).

Specificeer: locatie / aard wonde / protocol

.....
.....
.....
.....
.....
.....

5. Kinesitherapie: Nee / Ja: verslag lopende behandeling + VS bij te voegen

6. Allergieën?

.....
.....
.....
.....

Datum:

7. Dieet, te specificeren indien van toepassing:

.....
.....
.....
.....

8. Hulpmiddelen

Nodig? Neen / Ja

Welke?

In bezit of aanvraag gebeurd? Neen / Ja

9. Vaccinatiestatus, graag laatste vaccinatiedatum indien van toepassing:

Covid-19:

Graag in orde brengen voor opname (verplicht)

1. Medicatieschema: bij te voegen

2. Medisch verslag

3. Voorschriften

- Medicatie
- Verpleging
- Kiné

4. Screenings:

Covid-19 (max 48 uur voor opname)

Resultaat mee te geven bij opname

Datum: