

AANVRAAG VOOR OPNAME

Opnamedatum:

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

Zorgvorm (ENKEL IN TE VULLEN DOOR SALVATOR WELZIJNSCENTRUM):		
<input type="checkbox"/> Kort verblijf	<input type="checkbox"/> Oriënterend kort verblijf	<input type="checkbox"/> Herstelverblijf

Verwijzende instantie

Identificatie verwijzer:

Naam + tel nr contactpersoon:

Naam + tel nr ziekenhuisdienst:

Behandelende arts:

Persoonsgegevens

Naam + voornaam:

Adres:

Postcode + gemeente:

Geboortedatum en -plaats:

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:

BIJLAGE 41
 onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer
EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE
AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING

Identificatiegegevens rechtshabende :

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 aanden 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	1	2	3	4
TIJD (2)	geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)	geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd 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 ⁽¹⁾

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.

Ziekenfonds (klever)

Aanvraag tussenkomst mutualiteit gebeurd: Ja / Nee

Datum:

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

Datum:

6. Logopedie: ja / neen

Graag een verslag lopende behandeling toevoegen aub.

spraakstoornis / taalstoornis / slikstoornis / stemstoornis / cognitieve stoornis

Aanvullingen:

.....

.....

7. Allergieën?

.....

.....

.....

.....

8. Dieet:

Dysfagiedieet: 0 – 1 – 2 – 3 – 4

Bijvoeding: ja / neen

Indien ja, specificeer :

.....

Sondevoeding: ja/neen

Type:.....

Hoeveelheid:.....

Drupsnelheid:.....

Andere:.....

diabetes / lactose-intolerantie / glutenintolerantie / notenallergie

zoutarm / maag-darmsparend / eiwitrijk / eiwitbeperkt / energierijk / energie-arm / vezelrijk

Andere:

.....

.....

9. Hulpmiddelen

Nodig? Neen / Ja

Welke?

In bezit of aanvraag gebeurd? Neen / Ja

10. Vaccinatiestatus, graag laatste vaccinatiedatum indien van toepassing:

Covid-19:

Datum:

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: