

AANVRAAG TOT OPNAME

vast verblijf

Vak voorbehouden voor medewerker sociale dienst, dit document wordt 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 St.-Michaël, t.a.v. Evelyne Corrynen Moerkantsebaan 81 2910 Essen Tel. : 03/667.22.60 E-mail: evelyne.corrynen@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:

RIJKSREGISTERNUMMER:

BURGERLIJKE STAAT:

ADRES:

GEBOORTEPLAATS EN DATUM:

HUIDIG VERBLIJF: SINDS:

IS ER EEN WETTELIJK 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

REDEN VAN AANVRAAG:

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

HOE STAAT DE TOEKOMSTIGE BEWONER TEGENOVER DE AANVRAAG?

.....

BIJZONDERHEDEN ROND FINANCIËLE HULP:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aanvraag OCMW Ja / Neen | <input type="checkbox"/> Inkomens vervangende tegemoetkoming Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Zorgverzekering Ja / Neen | <input type="checkbox"/> Integratietegemoetkoming Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Tegemoetkoming hulp aan bejaarden Ja / Neen | <input type="checkbox"/> Dossier VL. Agent. vr pers. met handicap Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Inkomensgarantie voor ouderen Ja / Neen | |
| <input type="checkbox"/> 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 :

(Gelieve de verslagen in bijlage toe te voegen)

HUIDIGE MEDICATIE:

.....
.....

KLINISCHE ONDERZOEK:

- Hartritme:
- Bloeddruk:
- Bijzonderheden:

IMPLANTATEN:

- Pacemaker
- Kleppen
- Gewrichtsprothesen
- Stimulators

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 aandachtpunten:

.....

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:

- Werkelijk contact Aanspreekbaar
 Geen contact mogelijk Gaat sociaal om met anderen
 Kan zich moeilijk uitdrukken Begrijpt toegespeelde informatie
 Kan zich niet uitdrukken

Gedrag:

- Niet storend Licht storend Verbale agressie Fysieke agressie
 Voortdurende onrust Loopt veel rond Weglooptgedrag Totaal in zichzelf gekeerd
 Onwelvoeglijk gedrag Sterk storend Roepgedrag

Oriëntatie:

Ruimte

- Volledige georiënteerd Volledig gedesoriënteerd
 Enkel in eigen woning / op eigen afdeling Enkel in eigen kamer
 Vindt zonder hulp kamer / bed / toilet niet

Persoon

- Volledige georiënteerd Volledig gedesoriënteerd
 Kent zichzelf bij naam Kent familie bij naam
 Herkent personeel / anderen

Tijd

- Volledige georiënteerd Volledig gedesoriënteerd

Gedesoriënteerd dag / maand / jaar

Omkering dag / nacht

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 kunsttaars)	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 :