

**Hôpital Erasme - Erasme Ziekenhuis**  
Route de Lennik 808 Lenniksebaan  
B - 1070 Bruxelles | Brussel  
T +32 (0)2 555 31 11  
M contact.erasme@hubruelles.be  
S www.erasme.be

**CGR - ERASME**  
**Centrum voor Geriatrische Revalidatie**  
Karrestraat 27 - B - 1200 Brussel  
T +32 (0)2 777 23 38  
M admission.CRG.erasme@hubruelles.be



HÔPITAL UNIVERSITAIRE  
DE BRUXELLES  
ACADEMISCH ZIEKENHUIS  
BRUSSEL



## Aanvraag voor opname in het revalidatiecentrum

→ **Identificatiegegevens van de patient(e)** (in hoofdletters aub)

**Patient(e):**

**Naam:** .....

**Voornaam:** .....

**Geboortedatum:** ..... / ..... /19 .....

**Leeftijd:** ..... jaar

**Geslacht:**  Mannelijk  vrouwelijk

**Nationaliteit:** .....

**Taal:**  Frans  Nederlands  Engels  Andere: .....

**Adres:** .....

**Postcode:** ..... **Plaats:** .....

**Telefoonnummer:** .....

→ Klever van de mutualiteit:

Mutualiteit of verzekering (EU, NAVO,...):

Inschrijvingsnummer:

Code : /

→ **Hospitaal waar de patient(e) zich bevindt**

Hospitaal:	Dienst:
	Sinds:
Verantwoordelijke arts:	Rechtstreeks telefoonnummer:
Maatschappelijke medewerker:	Rechtstreeks telefoonnummer:



→ **Huidige toestand van de patient(e)** (antwoorden aankruisen)

	Ja	Neen	Commentaar indien nodig
<b>Leeftijd &gt; 75 jaar</b>			
<b>Stabiele medische toestand</b>			
Volledige steun toegelaten bij het stappen			
Gedeeltelijke steun			Indien verboden → tot
Revalidatiepotentieel			
Vervolgverzorging zonder revalidatie			
Terugkeer naar huis is voorzien			
Patiënt(e) leeft alleen			
Waarschijnlijke plaatsing			Gewenst door <input type="checkbox"/> Patiënt(e) <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Arts
Plaatsing reeds aangevraagd			Indien ja, waar ?
Adequaat gedrag			
Gekende besmettelijkheid			

→ **Kamerkeuze**

1 bed  2 bedden

→ **Huisarts**

Naam:

Tel/gsm:

→ **Medische reden voor deze aanvraag van revalidatie** (gelieve protocollen en hospitalisatieverslagen toe te voegen)

Diagnose die de aanvraag verantwoordt:

Beschrijving van huidige toestand, **op het moment van de aanvraag** en situatie thuis:

→ **Beslissing van de revalidatie** (antwoorden aankruisen)

Patiënt(e)  Familie  Arts Akkoord van patiënt(e):  Ja  Neen

Gewenste datum van opname op revalidatie:  Onmiddellijk  Vanaf .....

→ **Sociale situatie van de patient(e)**

**Contactpersoon:** Naam: .....

Adres: .....

Telefoon/GSM : ..... Verwantschap : .....

→ **Algemene klinische elementen** (antwoorden aankruisen)

**Lengte:** .....cm - **Gewicht:** .....kg - **Verandering op één jaar:** ..... kg

**Eetlust:**  Behouden  Verlaagd  Maagsonde

**Mobiliteit:**  Bedliggend  Rolstoel  Stapt met hulp  Autonoom

**Urinaire incontinentie:**  Nacht  Dag  Blaassonde

**Fecale incontinentie:**  Nacht  Dag

**Huid:**  Normaal  Ligwonde: indien ja, localisatie: .....

**Psychische toestand :**  Normaal  Cognitieve aantasting  Verwardheid  Desoriëntatie

Agressiviteit  Ernstige dementie  Onmogelijke communicatie

→ **Aktieve voorgeschiedenis** (verchijningsjaar aanduiden)

Medisch:	Heelkundig:
----------	-------------

→ **Datum van aanvraag:**

Handtekening en stempel van de aanvragende arts:

Deze aanvraag werd ontvangen door opnamedienst van CGR op:	
Beslissing genomen op:	Beslissing doorgegeven op:

→ Documenten mee te geven bij de opname in het CGR

• **Volledig verslag van deze hospitalisatie met:**

- Verslag van heelkundige ingreep
- Volledige medicamenteuze behandeling met posologieën  
(duidelijk aanduiden indien er medicaties opgestart of stopgezet werden tijdens de hospitalisatie en of er recente veranderingen van doseringen werden beslist)
- Katzschaal, ingevuld door de hoofdverpleegkundige
- Protocolen van de laatste onderzoeken (o.a. radiographieën)
- Protocol van de biologische uitslagen  
(vooral laatste doseringen van INR en hemoglobine A1C)

• **Verslag van geriatrisch advies** (indien aangevraagd)

- **Verslagen:** Kinesitherapie  
Logopedie  
Ergotherapie

• **Formulier(en) van terugbetalingstoelating(en) van medicatie(s)**

• **Data van volgende afspraken**