

Aanvraag voor opname in het revalidatie centrum

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

Naam:

Voornaam:

Geslacht: Mannelijk Vrouwelijk

Datum: / /19 **Leeftijd:** jaar

Adres:

Postcode: **Plaats:**

Telefoonnummer van patiënt(e):

Telefoonnummer van nabijste hulper:

→ Aanvragende arts

Stempel	Handtekening
	Gsm nummer
	Datum

→ Kamerkeuze

1 Bed (met bijlage) 2 Bedden

→ Sociale situatie van de patient(e) (antwoorden aankruisen)

Burgerlijke stand: gehuwd - gescheiden - samenwonend - ongehuwd - weduwe/weduwnaar

Woning: huis met verdiep(en) - gelijkvloers - appartement - duplex

lift - binnentrap - buitentrap - monolift

Patiënt(e) woont alleen - in een rusthuis - in service flat

met partner - met een kind - andere situatie:

Contactpersoon: Naam:

Adres:

Telefoon / GSM: Verwantschap:

Inkomsten: Eigen inkomen - Vervangingsinkomen - OCMW

Bewindvoering (goederen) - Bewindvoering (persoon)

→ Klever van de mutualiteit:

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

Inschrijvingsnummer:

Code : /

→ **Thuishulp** (antwoorden aankruisen)

- Geen
- Om te stappen: Geen 1 kruk 2 krukken Rollator 2 wielen
 Rollator 4 wielen Rolstoel Menselijke hulp
- Professionele hulp: (frekwentie aanduiden)
 Verpleegkundige Kinesithérapie..... Familiale hulpster
- Poetsvrouw Gedeeltelijke aanwezigheid uren/dag Permanente aanwezigheid
- Hulp van de familie: Huishouden Boodschappen Toilet Uitstappen
- Financieën en administratie Andere:

→ **Sociaal projekt**

	Terugkeer naar huis zonder hulp	Terugkeer naar huis met hulp	Plaatsing in R(V)T	Verhuis naar service flat
Volgens de patiënt(e)				
Volgens de familie				
Volgens de huisarts				

Aanvraag voor plaatsing ingediend: Ja Neen

Indien ja, in welke R(V)T of service flat werd de aanvraag ingediend:

→ **Medische reden van deze aanvraag voor opname in CGR**
(Gelieve recente protocollen en hospitalisatieverslagen toe te voegen)

Hoofddiagnose:

Recente hospitalisatie(s) (waar, waarom, wanneer?):

Beschrijving van gezondheidstoestand **drie maanden voor** deze aanvraag:

Beschrijving van de **huidige** toestand, **op het ogenblik van deze aanvraag** en algemene situatie thui:

→ **Algemene klinische elementen**

Lengte: cm

Gewicht: kg

Verandering van gewicht sinds één jaar: kg

Eetlust: Onveranderd Verminderd Zeer laag Geen Maagsonde

Dieet: Normaal Diabetes mellitus Andere:

Hulp nodig voor: Toilet Maaltijden Medicatie Boodschappen

Mobiliteit: Bedlegerig Rolstoel Loop met hulp Autonoom

Cognitie: Normaal Geheugenstoornissen Cognitieve degradatie

Desorientatie Ernstige dementiee Nachtstoornissen

→ **Allergieën en intoleranties**

.....

→ **Aktieve voorgeschiedenis** (Verschijningsjaar aanduiden)

.....

→ **Huidige behandeling**

PRODUKTEN	Dosering	Ochtend	Middag	Avond	Slapengaan

→ **Terugbetalingstoelating(en)** (ieder formulier moet bij de opname meegebracht worden)

.....

→ **Zwakheidsschaal** (aangepast van de «Gérontopôle» van Toulouse)

	Ja	Neen	ONG
Alleenwonende patiënt(e)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ongewenst gewichtverlies tijdens de 3 laatste maanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergere vermoedheid tijdens de 3 laatste maanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Meer mobiliteitsproblemen tijdens de 3 laatste maanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geheugenklachten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertraging van loopsnelheid (> 4 sec/4 meter)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Indien u «ja» antwoordt op meer dan één vraag:			
Denkt u dat deze patiënt zwak is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>