|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  **Scannen001001** | WZCCKVCDVNachthotel | Datum aanvraag: ……………………….DossierResidentennr.:1................ |
| WZC WITTE MEREN |  |  |

**1. ADMINISTRATIEF 1**

Naam:

Voornaam: Aanspreeknaam:

Adres:

Vroeger beroep:

Telefoon: GSM:

E-mail adres:

Geslacht: vrouw/man

Geboortedatum en –plaats:

Burgerlijke staat:0 gehuwd 0 ongehuwd 0 gescheiden 0 weduw(e)naar

 0 samenwonend 0 wettelijk samenwonend 0 gescheiden van tafel en bed

Naam partner:…………………………………………….. Huwelijksdatum:………………………………………

Nr. identiteitskaart: Rijksregisternr.:

Nationaliteit: Taal:

Geloofsovertuiging:

Facturen mogen verstuurd worden naar:

Naam:

Adres:

**HUISARTS**

Naam:

Adres:

Telefoon:

Bij een eventuele ziekenhuisopname, welk ziekenhuis geniet dan uw voorkeur:

**2. ADMINISTRATIEF 2**

**Willen jullie ’s nachts worden opgebeld als er iets is gebeurd? Ja/nee**

Aantal kinderen:

Te verwittigen in volgorde van hoogdringendheid:

1. Naam en voornaam:

Relatie/functie:

Adres:

Telefoon: GSM:

E-mail adres:

2. Naam en voornaam:

Relatie/functie:

Adres:

Telefoon: GSM:

E-mail adres:

3. Naam en voornaam:

Relatie/functie:

Adres:

Telefoon: GSM:

E-mail adres:

4. Naam en voornaam:

Relatie/functie:

Adres:

Telefoon: GSM:

E-mail adres:

5. Naam en voornaam:

Relatie/functie:

Adres:

Telefoon: GSM:

E-mail adres:

**3. MUTUALITEIT**

Kleefvignet:

**4. TOELATINGEN**

Katzscore toevoegen via huisarts of thuisverpleging (zie bijlage).

**5. AANWEZIGHEDEN**

Verwijzende instantie:

0 ziekenhuis 0 familie 0 soc dienst ocmw
0 huisarts 0 thuiszorgdienst 0 gouden gids

0 internet 0 mantelzorger

Datum opname: Uur:

Laatste verblijfplaats:

Betaling gebeurt:

0 via SEPA (domiciliëring)

Iban:………………………………………………………………………………………………………………….

Op naam van:………………………………………………………………………………………………………

0 met een overschrijving

Iban:

Op naam van:

Derde Betaler:

Naam en voornaam:

Adres:

Telefoon: GSM:

**6. THUISZORGONDERSTEUNENDE DIENSTEN**

0 Thuisverpleging : Naam: Telefoon:

0 Gezinszorg : Naam: Telefoon:

0 Kinesist : Naam: Telefoon:

0 Andere : Naam: Telefoon:

Indien er gebruik gemaakt wordt van het thuiszorgdossier dient dit altijd toegevoegd te worden.

**7. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS**

**Hygiënische zorgen**

* Wassen: zelfstandig – gedeeltelijke hulp met toezicht – continu toezicht – volledige hulp
1. hulp boven gordel
2. hulp onder gordel
3. hulp boven en onder gordel
* Aankleden: zelfstandig – gedeeltelijke hulp met toezicht – continu toezicht – volledige hulp
1. hulp boven gordel
2. hulp onder gordel
3. hulp boven en onder gordel
* Toiletbezoek: kleden: 0 met hulp

0 zelfstandig

 Verplaatsen: 0 met hulp

 0 zelfstandig

 Reinigen: 0 met hulp

 0 zelfstandig

* Incontinentie: 0 continent

0 accidenteel incontinent 0 urine

 0 stoelgang

 0 urine en stoelgang

0 incontinent 0 urine

 0 stoelgang

 0 urine en stoelgang

* Incontinentiemateriaal:
* Mictietraining: ja / nee

**Verplaatsen**

* Zelfstandig – met hulp van derden – hulpmiddelen (rolstoel – rollator – stok)
* Indien U gebruik maakt van een rolstoel is deze onder 0 verhuur - 0 eigendom

Indien uw eigendom, op welke datum werd deze aangekocht?………………………..

Indien gehuurd: via welke verstrekker/ firma ? ...........................................................

* Transfer: met hulp – hulpmiddel – zelfstandig

Hulp transfer: 0 lig – zit

 0 zit – recht

 0 lig – recht

* Risico op vallen: ja / nee

**Voeding**

* Voorbereiding: zelfstandig – met hulp
* Eten: zelfstandig – ondersteunende hulp – gedeeltelijke hulp – volledige hulp
* Dieet:
* Lust niet graag:
* Allergie/intolerantie:*glutenbevattendegranen/melkproducten(lactose)/schaaldieren/eieren/vis/aardnoten/soja/noten/selderij/mosterd/sesamzaad/zwaveldioxide en sulfieten/lupine/weekdieren/*
* Bijzonderheden: 0 in kleine stukjes snijden

 0 gemixte voeding

 0 gemalen vlees

* Speciale aandachtspunten (bv slikproblemen…):

**Zintuigen**

* Gehoor: normaal – hardhorig – doofheid – hoorapparaat
* Gezicht: normaal – bril

**Mentale toestand**

* Oriëntatie in tijd: geen probleem – nu en dan een probleem – meestal een probleem

– volledig gedesoriënteerd

* Oriëntatie in ruimte: geen probleem – nu en dan een probleem – meestal een probleem – volledig gedesoriënteerd
* Herkent nog iedereen: altijd – meestal – bijna nooit – nooit
* Dwaalgedrag: ja / nee

**Algemene toestand**

* Normaal – agressief – sociaal – graag op zichzelf

**Slaapgewoonten**

* Vast – onrustig
* met medicatie – zonder medicatie
* Slaapomgeving: donker – nachtlampje
* Slaaphouding: rug – linkerzijde – rechterzijde – buik
* Tijdstip slapen gaan: tijdstip opstaan:
* Ronddwalen – nachtmerries – dag-/nachtverwarring
* Fixatie:

**Belangrijke aandachtspunten**

* Opname in ziekenhuis laatste 6 maanden; aanwezigheid wonde, sonde, stoma;
ooit MRSA gehad? Ja/Nee

**Ziektebeeld**:

**8. MEDICATIE**

Welke medicatie wordt er ingenomen. (eventueel in bijlage medicatiefiche).

Is hierbij controle nodig bij inname? Ja / Nee

Zijn er bijzonderheden (denk aan pletten, afwijkend uur enz.)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Medicatie | 8u | 12u | 17u | 20u |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**9. INSCHRIJVING VOOR (schrappen wat niet past):**

Woonzorgcentrum – Kortverblijf – Dagverzorgingscentrum - Nachthotel

**10. GEGEVENS IN FUNCTIE VAN WOONZORGCENTRUM EN KORTVERBLIJF**

Wat is de reden voor opname in het woonzorgcentrum of kortverblijf ?

Thuissituatie voor opname:

0 alleenstaand 0 samenwonend met partner

0 samenwonend met familie 0 andere:……………………………………………………….

Kamerkeuze: 0 Echtparenkamer 0 Eenpersoonskamer

 0 Tweepersoonskamer 0 Kortverblijf

**11. GEGEVENS IN FUNCTIE VAN DAGOPVANG**

Wat is de reden voor aanmelding bij het dagverzorgingscentrum?

Bezoekdagen: (omcirkel)

Maandag – Dinsdag – Woensdag – Donderdag – Vrijdag

0 Volledige dag 0 Halve dag 0 Middagmaal 0 Avondeten

Vervoer dagverzorging

0 eigen vervoer: Wie:

 Tel:

0 ander vervoer: Welk:

 Tel:

**12. GEGEVENS IN FUNCTIE VAN NACHTHOTEL**

Wat is de reden voor overnachting in het nachthotel?

Nachten: (omcirkel)

Maandag – Dinsdag – Woensdag – Donderdag – Vrijdag – Zaterdag – Zondag

Uur van toekomen in nachthotel:……………….uur (tussen 17 en 19 uur)

Uur van vertrek uit nachthotel:………………….uur ( rond 9 uur)

Avondmaaltijd gewenst: ja / nee

Vervoer nachthotel

0 eigen vervoer: Wie:

 Tel:

0 ander vervoer: Wie:

 Tel:

Komt de thuisverpleging ’s morgens en/of ’s avonds de zorg in het nachthotel geven?

ja – nee – nog niet bekend

Zo ja, welke zorg: