|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Scannen001001** | WZC  CKV  CDV  Nachthotel | Datum aanvraag:  ……………………….  Dossier  Residentennr.:  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 0familie 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:

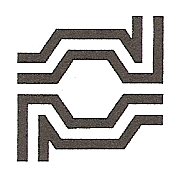
0 ander vervoer: Wie:

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:

**Witte Meren vzw**

**WOONZORGCENTRUM/ KORTVERBLIJF/**

**DAGVERZORGINGSCENTRUM/ NACHTHOTEL**

Collegestraat 69 - 2400 Mol

Tel. 014 - 31 58 61 - Fax 014 - 31 58 62

E-mail: [info@wzcwittemeren.be](mailto:info@wzcwittemeren.be)

Website: [www.wzcwittemeren.be](http://www.wzcwittemeren.be)

Erk.nr.: (K).P.E. 1448 & VZB 0168۰ BE 1798

**BIJLAGE MEDISCH ATTEST IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS**

Ondergetekende huisarts, verklaart hierbij dat.……………………………………………………………………….…… , geboren op ......../......../..........wonende ……………………………………………………………………………………..

…………………………………………………… medisch onderzocht te hebben en het volgende te hebben vastgesteld:

1. **Voorgeschiedenis**

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

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

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

1. **Diagnostiek**
   1. Somatisch:

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

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

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

* 1. Psychisch:

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

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

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

1. **Functionele beperkingen:**

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

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

1. **Laatste score MMSE:**

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

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

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

1. **Neurologische test:**

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

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

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

1. **Laatste relevante verslag van opname:**

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

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

1. **Behandeling:**
   1. Medicatie fiche toevoegen
   2. Dieet:

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

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

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

* 1. Paramedisch:

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

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

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

1. **Specifiek aandacht voor:**

(infectiegevaar, enz.) .................................................................................................................................................................

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

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

1. **Orthopedische apparatuur, hulpmiddelen:**

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

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

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

1. **Medische orders:**

Zijn er medische orders waarvoor uw voorschrift noodzakelijk is, betreffende fixatie, medicatie bij koorts/onrust, inspuitingen, wondzorg, enz. (zie ook het verpleegkundig zorgvoorschirft voor dagverzorgingscentrum en nachthotel?

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

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

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

1. **Vroegtijdige zorgplanning:**

Ja Nee

* 1. Wettelijk vertegenwoordiger:

* 1. Behandelingsrichtlijnen:
  2. Palliatief dossier:

1. **Bereikbaarheid:**

Adres/tel. huisarts: .................................................................................................................................................................

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

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

Ondergetekende verklaart dat betrokkene niet aan een besmettelijke ziekte of aandoening lijdt.

Datum: ......../......../.......... Handtekening en stempel van de dokter

***BIJLAGE 41***

onder gesloten omslag over te maken aan de adviserend geneesheer

**EVALUATIESCHAAL TOT STAVING VAN DE**

**AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING**

**Identificatiegegevens rechthebbende :** **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 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  VERPLAAT-SINGEN |  |  | 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 |
| CONTINEN-TIE |  |  | 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 gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren |
| PLAATS (2) |  |  | geen probleem | nu en dan, zelden probleem | bijna elke dag probleem | volledig gedesoriënteerd 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]](#footnote-1)(1)***

***- een opneming 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 deverpleegkundige:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Naam en Riziv-nummer of stempel van de geneesheer:  Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige***(1)*** | Datum:  ……………../…………………../………… | Handtekening: |

1. (1) Schrappen wat niet past.

   (2) Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan. [↑](#footnote-ref-1)