

**AANMELDINGSFORMULIER**

**Kalvermarkt 1, 9000 Gent 09/225 12 11**

|  |  |
| --- | --- |
| **Naam bewoner**:  |  |
| **Verwijze**r:  | **Datum**:  |

|  |
| --- |
| **Administratieve gegevens** |
| **Adres**: |  |
| **Geboortedatum:** | **rijkregisternummer** |
| **Mutualiteit**  | **Huisarts**: |
| **Burgerlijke stand**: | **Geloof**: |
| **Zorgvolmacht**:  | **Bewindvoering:**  |
| **Wilsbeschikking:** ja / nee  | **Vroegtijdige zorgplanning**: ja / Nee  |
| **Belangrijke contactpersonen**: (tel + verwantschap) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Huidige zorg**  | **KATZ-schaal:**  |
| **Wassen**  | ❑ lavabo alleen ❑ Bad ❑ Douche  | ❑ Lavabo gedeeltelijke hulp ❑ Bedbad  |
| **Aankleden**  | ❑ zelfstandig ❑ met hulp: Gedeeltelijk ( onder / boven de gordel) / volledig ❑ aandachtspunten:  |
| **Verplaatsingen**  | ❑ Persoon kan zich zelfstandig verplaatsen ❑ Persoon kan niet meer stappen maar wel nog steunen (gedeeltelijke hulp nodig)❑ Persoon kan noch stappen, noch steunen (volledig afhankelijk) |
| **Transfer**  | ❑ Hulp: Van 1 persoon / 2 personen❑ Gebruik van tillift: actieve / Passieve ❑ Gebruik van hulpmiddelen: Wandelstok / Rollator / Looprek / Rolstoel ❑ In bed: Papegaai / Opstahulp ❑ Geen transfer meer mogelijk |
| **Toiletgebruik** | ❑ zelfstandig ❑ Urinaal  | ❑ Toiletstoel ❑ Toiletverhoog |
| **Incontinentie** | ❑ Continent ❑ Incontinent voor urine: accidenteel / volledig ❑ incontinent voor stoelgang: accidenteel / volledig ❑ Incontinentiemateriaal: …………………………………………………………………………………….❑ Blaassonde: Laatst vervangen op………………………………..❑ Cystofix: laatst vervangen op…………………………….❑ Stoma |
| **Slaapgewoonten** | ❑ Gaat vroeg / laat slapen ❑ Wordt vroeg / laat wakker❑ goede slaapkwaliteit ❑ alternatings matras  | ❑ slaapmedicatie: Ja / Nee ❑ Onderbroken slaap❑ nachtelijke onrust ❑ doolgedrag  |
| **Eten**  | ❑ zelfstandig / met voorbereidende hulp / volledige hulp ❑ hulpmiddelen: Stootrand / beker / bescherming kledij❑ plaats: kamer / Leefgroep / Restaurant ❑ slikproblemen: ja - nee |
| **Maaltijden**  | ❑ consistentie: normaal / vooraf gesneden / gemalen / gemixt ❑ portie: klein / normaal / groot❑ Dieet: (specifieer)……………………………………………………………………………….❑ bijvoeding: (specifieer) ……………………………………………………………………….❑ voedselallergie: (specifieer) ………………………………………………………………. ❑ Niets per os ❑ Sondevoeding: gastrostomiesonde / microsonde + datum laatst vervangen: ……………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| **Lichamelijke opvolging**  |
| **Wondzorg**  | ❑ decubitus: Ja - Nee❑ aard:………………………………………………………..❑ Behandeling + frequentie: …………………………………………………………………………………………❑ wondblad  |
| **Besmettingsgevaar**  | ❑ Nee  | ❑ ja: Aard…………………………………………………………………❑ risico:……………………………………………………………………❑ behandeling / aandacht:………………………………………… |
| **Bloedgroep** | ❑ O - A - B - AB❑ Rhesusfactor: + / -  | **Diabetes :**  | ❑ Ja - Nee ❑ orale behandeling❑ insuline  |
| **Ademhaling**  | ❑ Aerosol: Ja - nee ❑ zuurstoftherapie: Ja – nee  | **Zicht**  | ❑ Bril❑ Lenzen ❑ Blind❑ andere:……………………………… |
| **Gehoor**  | ❑ hardhorig ❑ doof❑ hoorapparaat: L - R  | **Spraak** | ❑ afasie ❑ gebarentaal |
| **Mondhygiëne** | ❑ eigen gebit ❑ kunstgebit: boven – Onder | **Allergie**  | ❑ nee ❑ ja:……………………………………….. |
| **Pacemaker** | ❑ ja: Datum plaatsing:……………………..❑ nee | **Protheses** | ❑ nee❑ ja: ……………………………………… |
| **Opvolgingen in een AZ?** Ja - nee  | ❑ Naam: ❑ Tel  |
| **Opvolgingen bij een Kinésist** Ja - nee | ❑ Naam:❑ Tel: |
| **Opvolgingen bij een Logopedist**? Ja - nee | ❑ Naam: ❑ Tel:  |

|  |
| --- |
| **Psychische opvolgingen**  |
| **Dementie**  | ❑ ja - nee❑ D- attest ❑ diagnose :………………………………………………………..❑  |
| **Oriëntatie**  | ❑ Tijd : geen probleem  |
| **Gedrag**  | ❑ verwardheid: ja - af en toe - nee❑ onrustig gedrag: nml:…………………………………………………………………………❑ doolgedrag: nml:……………………………………………………………………………….❑ wegloopgedrag ❑ fysieke agressie: nml:…………………………………………………………………………❑ verbale agressie: nml: ………………………………………………………………………..❑ aanspreekbaar: werkelijk contact - aanspreekbaar - nauwelijks tot geen contact mogelijk❑ andere:……………………………………………………………………………………. |
| **Psychiatrische problematiek**  | ❑ ja - nee ❑ ziektebeeld:…………………………………………………………………………………………❑ Uiting:………………………………………………………………………………………………… |
| **Fixatie**  | ❑ Bedsponden: half - volledig ❑ Lendengordel in: zetel - stoel ❑ beschermende afdeling  | ❑ Dwaalalarm❑ Voorzettafel  |

|  |
| --- |
| **Overige aanvullingen**  |
|   |