

**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** |
|  |