

FORMULIER AANVRAAG TOT OPNAME OP SP LOCOMOTORISCHE REVALIDATIE

AZ Turnhout
Campus Sint-Jozef
SP locomotorische revalidatie
Steenweg op Merksplas
2300 Turnhout

Gelieve dit formulier volledig ingevuld te mailen naar lieve.noyen@azturnhout.be
of terug te zenden / te faxen naar sociale dienst t.a.v. Lieve Noyen 014/444119
Voor verder inlichtingen kunt u zich wenden tot de sociale dienst tel. 014/444120

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam:

Adres:

Geboortedatum:..... **Geslacht:**

Burgerlijke stand: ☐ gehuwd ☐ ongehuwd ☐ weduw(e)naar ☐ gescheiden

Mutualiteit:

- naam:
- code:
- inschrijvingsnummer:

Huisarts: **Telefoonnummer:**

Voorkeur kamer: ☐ privékamer ☐ tweepersoonskamer
 ☐ vierpersoonskamer

MEDISCHE GEGEVENS

Verwijzende arts + tel. nummer:

.....

Medische antecedenten:

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

Actuele diagnose + datum

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

Nevendiagnose + aandachtspunten:

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

Huidige ziekteproblemen / infecties:

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

Psychische toestand:

.....
.....

Medicatie + dosis:

Revalidatie indicatie:

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

Revalidatieprognose:

.....
.....

Reeds gestarte behandeling:

☐ kine ☐ ergo ☐ logo ☐ psychologische begeleiding ☐ andere
Nomenclatuur sinds

Naam en stempel van geneesheer

VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS**Hulp nodig bij**

- wassen	bovenlichaam	☐ volledig	☐ gedeeltelijk	☐ geen
	onderlichaam	☐ volledig	☐ gedeeltelijk	☐ geen
- kleden	bovenlichaam	☐ volledig	☐ gedeeltelijk	☐ geen
	onderlichaam	☐ volledig	☐ gedeeltelijk	☐ geen
- toiletgang		☐ volledig	☐ gedeeltelijk	☐ geen
- eten		☐ volledig	☐ voorbereidend	☐ geen
- transfer	☐ zelfstandig	☐ zonder hulpmiddel ☐ met hulpmiddel – welk?		
	☐ lage transfer	☐ met 1 persoon	☐ met 2 personen	
	☐ hoge transfer	☐ met 1 persoon	☐ met 2 personen	
		☐ met hulpmiddel – welk?		
	☐ passieve lift			
Mictie	☐ continent	☐ incontinent	☐ CAD Chsinds	
	☐ SPC sinds	☐ Intermittente sondage		
Defaecatie	☐ continent	☐ incontinent	☐ stoma	
Voeding	☐ per os	☐ nasogastrische sonde sinds		
	☐ PEG sinds.....	☐ DVC sinds		

Laatste MRSA screening (datum + resultaat):

.....
.....

Isolatiemaaregelen noodzakelijk voor andere redenen:

.....
.....

Decubitusbeleid:

.....
.....

Katheterzorg:

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

Wondzorg:

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

Sondevoeding:

.....
.....

REVALIDATIEGEGEVENS

Kinesithérapie:

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

Ergotherapie:

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

Logopedie:

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

Andere:

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

SOCIALE GEGEVENS

Opnamedatum in het acuut ziekenhuis:..... afdeling

Woonsituatie voor opname:

- ☐ alleenwonend
- ☐ samenwonend met
- ☐ instelling

- ☐ ééngezinswoning met etage
- ☐ appartement zonder lift
- ☐ andere
- ☐ ééngezinswoning gelijkvloers
- ☐ appartement met lift

Contactpersonen:

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

Reeds georganiseerde thuiszorg:

- ☐ thuisverpleging (frequentie):.....
- ☐ huishoudelijke hulp (frequentie):.....
- ☐ maaltijden:.....
- ☐ oppasdiensten:.....
- ☐ personenalarmsysteem:.....
- ☐ uitleenmateriaal:

Staat de kandidaat-revalidant reeds op wachtlijsten van voorzieningen? Welke?

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

Welke sociale voordelen werden reeds aangevraagd?

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

Contactpersoon sociale dienst:.....

Toekomstperspectief m.b.t. ontslag:

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