

ZORGFORMULIER EN MEDISCH ATTEST KORTVERBLIJF

Gelieve dit document zo snel mogelijk terug te sturen naar het gekozen Zorgverblijf.

Ter Duinen: kortverblijf@terduinen.be

Hooidonk: aanvragen@hooidonk.be

Kleef hier de klever van uw ziekenfonds
(Verplicht)

GEWENSTE PERIODE:
 PERIODE REEDS TELEFONISCH BESPROKEN: JA / NEE
 BEGELEIDER.....

IDENTIFICATIEGEGEVENS

Naam en voornaam :
 Adres :
 Postcode : Gemeente:
 E-mail :
 Rijksregisternummer : Geboortedatum:/...../.....
 Nummer ziekenfonds : Code gerechtigde:/.....
 Telefoonnummer :

Naam contactpersoon : Verwantschap:
 Telefoonnummer contactpersoon :
 E-mail contactpersoon :

Naam huisarts :
 Telefoonnummer huisarts :

MEDISCHE GEGEVENS – in te vullen door aanvrager

1. Maakt u gebruik van bepaalde hulpmiddelen? Zo ja, welke?

2. Hebt u hulp nodig bij de dagelijkse verzorging? Duidt aan welke hulp nodig is.

Wassen	<input type="checkbox"/>	volledige hulp	<input type="checkbox"/>	gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/>	geen hulp nodig
Kleden	<input type="checkbox"/>	volledige hulp	<input type="checkbox"/>	gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/>	geen hulp nodig
Verplaatsen	<input type="checkbox"/>	volledige hulp	<input type="checkbox"/>	gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/>	geen hulp nodig
Toiletbezoek	<input type="checkbox"/>	volledige hulp	<input type="checkbox"/>	gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/>	geen hulp nodig
Eten	<input type="checkbox"/>	volledige hulp	<input type="checkbox"/>	gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/>	geen hulp nodig
Continentie	<input type="checkbox"/>	geen probleem	<input type="checkbox"/>	accidenteel incontinent	<input type="checkbox"/>	volledig incontinent
Woonsituatie	<input type="checkbox"/>	samenwonend	<input type="checkbox"/>	alleenwonend	<input type="checkbox"/>	WZC

3. Hebt u verpleegkundige verzorging (o.a. inspuiting, wondzorg) nodig, breng dan een voorschrift mee van uw behandelende arts.
4. Indien u zuurstof nodig hebt tijdens het verblijf moet u de **zuurstof zelf voorzien**. Hiervoor contacteert u best uw apotheek. Andere toestellen voor zuurstofvoorziening, dient u zelf mee te brengen.
5. Medicatie
 Gelieve voldoende medicatie te voorzien voor uw verblijf.
 Medicatietoediening : Door de verpleging (medicatie meebrengen voor de eerste 3 dagen)
 In eigen beheer (medicatie voorzien voor het ganse verblijf)
6. Wat na uw verblijf in het zorgcentrum? (Terug naar huis, opname ziekenhuis/WZC,...)

MEDISCHE GEGEVENS – in te vullen door uw behandelende arts

1. Belangrijke medische antecedenten en relevante gegevens omtrent de huidige situatie.
 (U kan eventueel een medisch verslag in bijlage toevoegen)

2. Bijzonderheden
 - Gekende allergieën, nl. :
 - Psychische toestand

<input type="checkbox"/>	Normaal
<input type="checkbox"/>	Lichte verwardheid
<input type="checkbox"/>	Dementie storend/niet-storend
<input type="checkbox"/>	Depressie
<input type="checkbox"/>	Verslavingsproblematiek nl.
 - Te volgen dieet, nl.:
 Indien van toepassing, speciale voedingen vermelden
 - Zuurstoftherapie. Zo ja aantal liter/minuut
 - Verpleegkundige zorgen (o.a. inspuiting, wondzorg). Zo ja, gelieve een voorschrift mee te geven
 - Dialyse. Zo ja, u dient dit zelf te regelen met het dialysecentrum. Bij aankomst mag u de afspraken doorgeven.
 - Kinesitherapie. Zo ja, gelieve een voorschrift mee te brengen en een eventueel attest E-pathologie.
 - Andere bijkomende opmerkingen:

3. Medicatie

3.1. Gelieve een **recent** medicatieschema mee te geven.

3.2. Bij gebruik van medicatie met goedkeuring van de medisch adviseur, graag een kopie van het goedkeuringsattest mee bezorgen.

3.3. Bij gebruik van bloedverdunnende medicatie, graag het te volgen schema bijvoegen en frequentie van bloedname vermelden.

3.4. Bijzondere aandacht voor insuline. Indien van toepassing een aanpassingsschema meegeven.

patiënt heeft zorgtraject diabetes

patiënt heeft goedkeuring in kader van diabetesconventie

Datum en Handtekening

Stempel arts

MEDICATIESCHEMA

Naam: _____						
Datum	Beschrijving	Dosering	8u	12u	18u	20u
Antistolling						
Inspuitingen						
s.c.						
i.m.						
Datum/...../.....			Stempel en handtekening arts			