

# Verwijsformulier voor opname in een centrum voor revaliderend herstel tav van de arts van het centrum.

Een aanvraag is slechts volledig als luik 1, 2 en 3 volledig zijn ingevuld, de medicatielijst, een medisch verslag en indien van toepassing de nodige voorschriften kinesithérapie en logopedie zijn toegevoegd.

## 1. Administratief luik (in te vullen door de aanvrager, contactpersoon of dienst maatschappelijk werk)

- **Aanvrager (alle gegevens invullen tenzij aanwezig op de klever van het ziekenfonds)**

Naam: .....

Voornaam: .....

Rijksregisternummer: .....

Adres: .....

Postcode: ..... Gemeente: .....

Nr. ziekenfonds: ..... Code gerechtigde: ..... / .....

Tel/ Gsm: ..... Email: .....

Naam huisarts: ..... Tel/gsm huisarts:.....

Taal : Nederlands / Frans / Duits/ Andere

|                    |
|--------------------|
| Klever ziekenfonds |
|--------------------|

- **Contact in het ziekenhuis**

Naam ziekenhuis.....

| Dienst | Contactpersoon | Telefoon/GSM | Email |
|--------|----------------|--------------|-------|
|        |                |              |       |

- **Contactpersoon in de thuissituatie**

Naam: ..... Voornaam: ..... Verwantschap: .....

Tel/Gsm: ..... Email: .....

Naam: ..... Voornaam: ..... Verwantschap: .....

Tel/Gsm: ..... Email: .....

- **Eventuele begeleider tijdens het verblijf (indien de begeleider zorgafhankelijk is = aparte aanvraag opmaken)**

• Gezonde begeleider: Naam: ..... Tel/Gsm: .....

• Begeleider **met zorgnood**: Naam: ..... Tel/Gsm: .....

- **Sociale gegevens**

○ Voorlopige bewindvoerder: .....

○ Thuisverpleging:.....

○ Thuishulp:.....

○ Opvolging door erkende dienst maatschappelijk werk:.....

- **Kamertype:** De patiënt wenst een::

Eenpersoonskamer

Tweepersoonskamer

Kamer met begeleider

## 2. Medische luik (volledig in te vullen door de verwijzende arts)

- **Hospitalisatie** van .../...../20.... tot (verwacht ontsl datum) ...../...../20...

- Ten gevolge van een heelkundige ingreep: welke? .....
- Ten gevolge van een ernstige aandoening: welke hoofddiagnose?.....
- Verderzetting via thuishospitalisatie: indicatie?.....

- **Belangrijke gegevens voor de kinesitherapie:**

Datum ingreep:...../...../..... nomenclatuur van de ingreep:..... K ..... of .....N.....

Steunverbod  JA  Nee indien steunverbod: tot ...../...../20.....  
IC-omname  JA  Nee  
Arbeidsongeval  JA  Nee

- **Tijdelijk verlies van autonomie in het thuismilieu of thuisvervangend milieu wegens:**

- een ernstige aandoening<sup>1</sup>:welke? .....
- een locomotorische aandoening<sup>1</sup>:welke?.....

- **Volgende co-morbiditeiten zijn aanwezig (aankruisen en vervolledigen):**

- diabetes<sup>2</sup> type I / type II
- hypertensie
- cardiale problematiek:.....
- pulmonale problematiek:.....
- orthopedische beperkingen:.....
- oncologische problematiek:.....
- neurologische problematiek: .....
- urologische problematiek:.....
- Psychische/cognitieve problematiek<sup>3</sup>: .....
- voedingsproblematiek<sup>4</sup>: .....
- Verslavingsproblematiek: .....

- Er zijn omgevingsfactoren in het thuismilieu die deze opname beïnvloeden<sup>1</sup>  ja  neen

Welke .....

<sup>1</sup> Aankruisen wat geldt EN VERVOLLEDIGEN

<sup>2</sup> Omcirkelen wat geldt

<sup>3</sup> Personen met dementie zonder begeleider kunnen niet worden opgenomen voor dit revaliderend herstel wegens openheid van de voorziening

<sup>4</sup> Bv sondevoeding, stoma, slikproblemen

• **Het multidisciplinaire revalidatieplan omhelst bij voorkeur volgende disciplines<sup>5</sup> :**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verpleegkundige zorgen <sup>6</sup>                 | <input type="checkbox"/> diëtist   |
| <input type="checkbox"/> Kinesithherapie ( <b>voorschrift noodzakelijk</b> ) | <input type="checkbox"/> ergotherapie.   |
| <input type="checkbox"/> sociaal assistent                                   | <input type="checkbox"/> Logopedie ( <b>voorschrift KNO of neuroloog absoluut noodzakelijk</b> ) |
| <input type="checkbox"/> psycholoog  |  |

• **Met de volgende revalidatie doelen <sup>4</sup>**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Zelfzorgbevordering       | <input type="checkbox"/> Sociale integratie                                      |
| <input type="checkbox"/> Medicatiebeheer           | <input type="checkbox"/> Emotioneel welzijn en zelfvertrouwen                    |
| <input type="checkbox"/> Pijnbeheersing            | <input type="checkbox"/> Voedingsmanagement / gewichtsbeheer                     |
| <input type="checkbox"/> Bewegingsbereik en kracht | <input type="checkbox"/> Zelfstandigheid in activiteiten van het dagelijks leven |
| <input type="checkbox"/> Mobiliteit                | <input type="checkbox"/> Werk en recreatie vaardigheden                          |
| <input type="checkbox"/> Functioneel herstel       |  |

Andere:.....

Belangrijke bijkomende informatie in het kader van revalidatie en verpleegkundige zorgen:

.....

• **Aandachtspunten<sup>4</sup>**

- Allergieën: .....
- Dieet: .....Enterale dieet: ja / nee
- Zuurstof: .....Toestemming arts ja / nee
- Infecties/besmettingsgevaar: .....
- Wondzorg: .....
- Dialyse: hemodialyse of peritoneale dialyse
- DNR of negatieve wilsverklaring?**  ja  nee
- Andere: .....

**4. Te verwachten verblijfsduur:**

Opname datum: .... / .... / 20..... Tot .... / .... / 20.....

Verblijfsduur:.....

Na het verblijf, vertrek naar .....

**opm: vergeet niet een recent medisch verslag, een medicatielijst en indien van toepassing een voorschrift kinesithherapie en logopedie**

Datum: ..... / ..... / 20.....

Naam: .....

Handtekening:.....



Stempel verwijzende arts

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens.

<sup>5</sup> Aankruisen wat geldt

<sup>6</sup> Steeds Katzschaal toevoegen

**3. Beschrijving van de huidige zelfredzaamheid via Katz-schaal: in te vullen door een arts of verpleegkundige**

| criterium    | 1   | 2   | 3  | 4  |
|--------------|---|---|--|--|
| WASSEN       | Kan zichzelf wassen zonder enige hulp   | Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel  | Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel | Moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel        |
| KLEDEN       | Kan zichzelf helemaal aan- en uitkleden zonder hulp   | Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)  | Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel | Moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel        |
| VERPLAATSEN  | Kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen | Kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel) | Heeft volstrekte hulp van derden nodig om te staan en zich te verplaatsen        | Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen |
| TOILETBEZOEK | Kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen  | Heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen  | Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen     | Kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de rolstoel                                |
| CONTINENTIE  | Is continent voor urine en faeces   | Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of stoma)   | Is incontinent voor urine (mictietraining)                                       | Is incontinent voor urine en faeces  |
| ETEN         | Kan alleen eten en drinken  | Heeft vooral hulp nodig om te eten en drinken   | Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens eten                                      | De patiënt wordt gevoed  |
| TIJDSBESEF   | Geen probleem   | Nu en dan, zelden een probleem  | Bijna elke dag probleem  | Volledig gedesoriëteerd  |
| PLAATS       | Geen probleem   | Nu en dan, zelden een probleem  | Bijna elke dag probleem  | Volledig gedesoriëteerd  |

**Bijkomende informatie: in te vullen door arts of verpleegkundige**

| criterium            | 1     | 2                | 3                | 4                   | 5                 |
|----------------------|-------|------------------|------------------|---------------------|-------------------|
| NACHTELIJKE ONRUST   | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |
| VERBAAL STOREN       | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |
| DESTRUCTIEF GEDRAG   | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |
| BESCHULDIGEND GEDRAG | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |
| RUSTELOOS GEDRAG     | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |
| DECORUM VERLIES      | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |
| WEGLOOP GEDRAG       | Nooit | Nu en dan zelden | Bijna elke nacht | Voortdurend, altijd | Niet te evalueren |

Indien de persoon een 2 of meer scoort voor tijds- en plaatsbesef: gelieve een recente MMSE-score te bezorgen, een uitgebreid verslag van de medische voorgeschiedenis en van het huidige gedrag van de persoon. MMSE-score: ..... /30 Datum MMSE-score: ...../...../20.....

Datum: ...../...../20..... Naam:..... (verpleegkundige/arts)

Stempel arts/verpleegkundige

Handtekening: .....

