

## **Externe aanvraag tot opname op de dienst revalidatie (Z2)**

**Dr. J. Darcis - dr. S. Hendrix - dr. L. Van Mol**

*Gelieve dit formulier volledig ingevuld terug te zenden naar de sociale dienst  
t.a.v. An Joachims.*

*Contactgegevens*

*Fax: 011 69 91 44*

*Via e-mail: [an.joachims@stzh.be](mailto:an.joachims@stzh.be)*

*Telefoon: 011 69 91 47*

### **1. Administratieve gegevens**

Naam: .....

Adres: .....

Geboortedatum: .../.../.....

Contactpersonen: naam, telefoonnummer en verwantschap

*Naam: ..... Tel/GSM: .....*

*Verwantschap: .....*

*Naam: ..... Tel/GSM: .....*

*Verwantschap: .....*

**Wie is de centrale aanspreekpersoon? .....**

Huisarts: .....

Verwijzend ziekenhuis: .....

Dienst: ..... Telefoon.....

Verwijzende arts: .....

Opname datum: ... / ... / ...

Wenst opgenomen te worden in een kamer met:

1 bed

2 bedden

Patiënt(e) is ingelicht over de aanvraag  Ja  Neen  
Familie is ingelicht over de aanvraag  Ja  Neen

## 2. Medische gegevens

*Diagnose + datum:*

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

Is patiënt(e) medisch-internistisch stabiel?  Ja  Neen

Vertoont patiënt(e) tekenen van verwardheid?  Ja  Neen

Vertoont patiënt(e) dwaal- of vluchtgedrag?  Ja  Neen

Is patiënt(e) gemotiveerd voor revalidatie?  Ja  Neen

***Revalidatiedoelstellingen op korte en lange termijn:***

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

*Antecedenten*

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

*Geplande consultatie/onderzoeken:*

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

**MRSA-status:**  Positief  Negatief

Gelieve een recente MRSA-status bij te voegen aan de aanvraag.

***Medicatie:***

- .....	- .....	- .....
- .....	- .....	- .....
- .....	- .....	- .....
- .....	- .....	- .....

**Voeding:**

- |                     |                               |                                    |
|---------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Dieet:              | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja: ..... |
| Slikproblemen:      | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja: ..... |
| Aangepaste voeding: | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja: ..... |
| PEG-sonde:          | <input type="checkbox"/> Neen | <input type="checkbox"/> Ja: ..... |

**3. Revalidatiegegevens**

*a. Kinesithérapie*

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

*b. Ergotherapie*

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

*c. Logopedie*

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

*d. Psychologie*

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

*e. Hulpmiddelen*

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

*f. Doelstellingen van de patiënt en familie*

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

*g. Andere*

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

## 4. Verpleegkundige gegevens

### Barthel-index

voor het meten van activiteiten in het dagelijks leven (ADL)

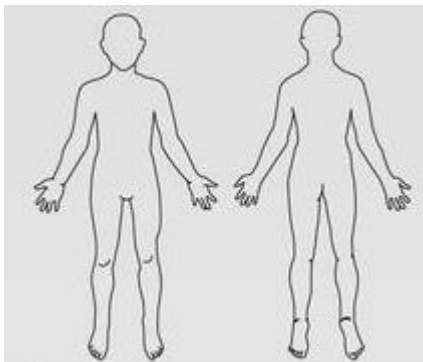
Aandachtsgebied	Omschrijving	Functie-score	Patiënt-score
Ontlasting	Incontinent	0 <input type="checkbox"/>	
	Soms incontinent	1 <input type="checkbox"/>	
	Continent	2 <input type="checkbox"/>	
Urine	Katheter of incontinent	0 <input type="checkbox"/>	
	Soms incontinent	1 <input type="checkbox"/>	
	Continent	2 <input type="checkbox"/>	
Persoonlijke verzorging	Hulpbehoevend	0 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig voor wat betreft verzorging van gezicht, tanden, haar en bij scheren	1 <input type="checkbox"/>	
Toiletbezoek	Hulpbehoevend	0 <input type="checkbox"/>	
	Weinig hulp nodig	1 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig	2 <input type="checkbox"/>	
Eten	Hulpbehoevend	0 <input type="checkbox"/>	
	Hulp nodig bij snijden en smeren	1 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig	2 <input type="checkbox"/>	
Transfer (van bed naar stoel en terug)	Niet toe in staat	0 <input type="checkbox"/>	
	Veel hulp nodig	1 <input type="checkbox"/>	
	Weinig hulp nodig; verbaal of lichamelijk	2 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig	3 <input type="checkbox"/>	
Mobiliteit	Kan zich niet verplaatsen	0 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig in rolstoel	1 <input type="checkbox"/>	
	Lopen met hulp van een ander; verbaal of lichamelijk	2 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig, eventueel met gebruik van hulpmiddelen	3 <input type="checkbox"/>	
Aan-/uitkleden	Hulpbehoevend	0 <input type="checkbox"/>	
	Kan ongeveer de helft zelf	1 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig	2 <input type="checkbox"/>	
Trappen lopen	Niet toe in staat	0 <input type="checkbox"/>	
	Met hulp; verbaal of lichamelijk	1 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig; op en af	2 <input type="checkbox"/>	
Baden	Hulpbehoevend	0 <input type="checkbox"/>	
	Zelfstandig	1 <input type="checkbox"/>	
		<b>Totaal</b>	.....

### Richtlijnen

1. De Barthel-index moet gebruikt worden als een evaluatie van hetgeen de patiënt reëel doet, niet van hetgeen hij zou kunnen doen.
2. Het doel is om een niveau van onafhankelijkheid vast te stellen los van enige fysieke of verbale ondersteuning, hoe klein en om welke reden dan ook.
3. Wanneer een patiënt toezicht vergt voor een bepaalde handeling wordt hij hiervoor als afhankelijk beschouwd.
4. Het niveau van functioneren moet vastgesteld worden met de best beschikbare gegevens. Ondervraging van de patiënt, de familieleden en het zorgverstrekkend personeel zijn de meest gebruikte methoden, hoewel observatie en gezond verstand eveneens belangrijk zijn. Rechtstreekse evaluatie in een testsituatie is niet vereist.
5. Meestal evalueert men de situatie over de laatste 48 uur, maar soms zijn langere periodes relevant.
6. Bij een tussenniveau neemt men aan dat de patiënt minstens 50 percent van de taak volbrengt.
7. Het gebruik van hulpmiddelen is toegelaten.

**MMSE:** ...../30

## Lokalisatie + uit te voeren wondzorgen



- Decubitus:  Neen  Ja *Graad*  1<sup>ste</sup>  
 2<sup>de</sup>  
 3<sup>de</sup>
- Geïnfecteerd  Neen  Ja
- Vrijheidsbeperkende maatregelen / fixatie:  Neen  Ja: .....

## 5. Sociale gegevens

*Woonsituatie van de patiënt(e) voor opname in uw instelling:*

- alleenwonend
- bij partner
- rustoord
- inwonend bij: .....
- andere: .....

*Familiale situatie:*

*Welke initiatieven werden reeds genomen die voor de toekomst belangrijk zijn en door wie?*

*Wat werd reeds met de familie besproken?*

.....

.....

*Ingeschakelde thuiszorg:*

- verpleging           ...x per dag                           ...x per week
- poetshulp           ...x per dag                           ...x per week
- maaltijden           ...x per dag                           ...x per week
- andere: .....

*Ontslagplanning:*

- naar huis
- naar huis met thuiszorg  
welke: .....
- naar rusthuis; aanvraag gedaan te:
- 1. .... datum: ... / ... / ...
  - 2. .... datum: ... / ... / ...
  - 3. .... datum: ... / ... / ...
- naar hersteloord; aanvraag gedaan te:
- 1. .... datum: ... / ... / ...
  - 2. .... datum: ... / ... / ...
- naar andere mogelijkheden:
- 1. .... datum: ... / ... / ...
  - 2. .... datum: ... / ... / ...

**6. Bijzonderheden**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Datum aanvraag: ... / ... / ...**

**Stempel arts**

**Handtekening**

**Contactpersoon en telefoonnummer verwijzende instantie:**

.....