

**Naam patiënt:** .....

**Geboortedatum:** .....

**Afname aangevraagd door ergotherapeuten:** Karolien Vanhentenrijck en Lotte Bertolazzi

**Aanwezige mantelzorger:** Ja/Neen

**Naam familielid:** .....

**Relatie tot patiënt:** .....

## Screening thuissituatie

Beste familie

Gelieve onderstaande vragenlijst, al dan niet samen met de patiënt, in te vullen. Zo kunnen wij een duidelijk beeld krijgen van het functioneren van de patiënt **vóór de opname in het ziekenhuis**. Aan de hand van deze informatie kan de ergotherapeut een geïndividualiseerd oefenprogramma opstellen met gerichte oefeningen.

**Let op:** deze vragenlijst moet ingevuld worden gebaseerd op de thuissituatie van **vóór** de opname in het ziekenhuis!

**Type woning** (appartement of alleenstaande woning): .....

### Toegang tot de woning

- Aanwezigheid van trap/ trede(n)? Leuning? .....
- Vaste ondergrond? .....
- Voldoende ruimte doorgang hulpmiddel? .....
- Opmerkingen:.....  
.....  
.....

### Woonkamer

- Gemakkelijke zetel (relax, salon, ...)? .....
  - Is alles binnen handbereik (afstandsbediening, telefoon, water, zakdoek, ...)? .....
  - Opmerkingen: .....
- .....  
.....

**Keuken**

- Bereikbaarheid koelkast, koffiezetapparaat, kookplaat? .....
- Soort stoelen? Met of zonder leuning? .....
- Opmerkingen: .....
- .....

**Trappen te doen binnenshuis: Ja/Neen**

- Leuning aanwezig? .....
- Soort ondergrond? .....

**Badkamer**

- Douche of bad? .....
- Aanpassingen? Antislipmatje? Handgrepen? .....
- Stoel of bankje? .....
- Voorkeur wassen aan de lavabo + stoel? .....
- Opmerkingen: .....
- .....
- .....

**Toilet**

- Aansluitend op het gelijkvloers? .....
- Aanwezigheid steunbaar, toiletverhoger, bereikbaar toiletpapier? .....
- Afwezigheid matje? .....
- Opmerkingen: .....
- .....
- .....

**Slaapkamer**

- Standaard bed of ziekenhuisbed? .....
- Locatie van lichtschaakelaar? .....
- Locatie van bed? Boven of beneden? .....
- Opmerkingen: .....
- .....
- .....

**Garage en tuin**

- Toegang tuin? Tuinpad? .....
- Soort ondergrond? .....
- Opmerkingen: .....
- .....
- .....

## **Algemeen**

- Aanwezigheid tapijten? .....
- Voldoende doorgang tussen de meubels? .....
- Voldoende verlichting? .....
- Communicatie:
  - Draagbare telefoon/GSM
  - Telefoonnummers belangrijkste personen: .....
  - Personenalarm aanwezig? .....
- Orde en netheid? .....

## **Mobiliteit**

- Gebruikte de patiënt thuis een hulpmiddel? Ja/Neen
  - Zo ja:
    - » Welk hulpmiddel? .....
    - » Is dit hulpmiddel eigendom van de patiënt? .....
    - » Wanneer werd dit hulpmiddel gebruikt? Binnen en/of buiten? .....

## **Transfers**

Had de patiënt hulp nodig bij volgende transfers?

- |                                |         |
|--------------------------------|---------|
| • In en uit zetel en/of stoel: | Ja/Neen |
| • In en uit bed:               | Ja/Neen |
| • Badkamer:                    | Ja/Neen |
| • Toilet:                      | Ja/Neen |
| • In en uit auto:              | Ja/Neen |

## **Dagbesteding**

- Hoe bracht de patiënt zijn/haar dag door? .....
- Hobby's/Interesses? .....
- Huishoudelijke taken? .....

## **Vragen?**

Aarzel niet om ons te contacteren of aan te spreken.

Tel. Karolien: 011 69 93 76

Tel. Lotte: 011 93 66