

Geachte Heer, Mevrouw

WZC Ter Meeren is zeer verheugd u mogelijks in de toekomst als medebewoner/bezoeker kortverblijf te mogen ontvangen.

Goede zorg afgestemd op uw zorgnoden en wensen is voor ons een prioriteit. Om dit echter kwaliteitsvol te kunnen doen vragen wij u met aandacht bijgevoegde documenten deels zelf in te vullen en deels door uw huisarts te laten invullen.

Geachte arts,

Mogen wij vragen het medische luik volledig in te vullen aub. Het omvat het medicatieschema, de voorgeschiedenis en aandachtspunten van uw patiënt. We willen ook kennis krijgen van een eventueel vroegtijdig zorgplan. Zo kunnen wij bij eventueel acute situaties gepast reageren. Ook hebben wij diverse informatie hieruit nodig om het BelRai inschalingsinstrument in te vullen.

Hopend dat u allen het belang inziet van deze informatie rekenen we op uw medewerking.
Hartelijke dank en tot binnenkort.

Coördinerend en raadgevend arts
Dr. U. Segaert

Campusdirecteur
Dhr. Eddy Devolder

Graag deze documenten terugbezorgen aan
Boogaerts Ingrid, sociaal assistente - inhuiscoach WZC Ter Meeren.
Reservatie kortverblijf enkel telefonisch.



AANVRAAG TOT WONEN in WZC TER MEEREN

AANVRAAG TOT KORTVERBLIJF

gewenste aankruisen aub

Administratieve gegevens

Identificatiegegevens

Naam/Voornaam: _____

Adres: _____

Geboortedatum: _____

Rijksregisternummer: _____

Kaart nummer ID _____

Burgerlijke staat

0 Ongehuwd 0 Gehuwd met: _____

0 Gescheiden 0 Weduw(e)naar van: _____

Huidige verblijfplaats: _____

Adres: _____

Huisdokter

Naam: _____ Telefoon: _____

Klever Mutualiteit

Contactpersonen

Naam: _____ Verwantschap: _____

Telefoon: _____ Mailadres: _____

Naam: _____ Verwantschap: _____

Telefoon: _____ Mailadres: _____

Financiële hulp van OCMW aangevraagd : Ja Neen

Bewindvoerder: _____

Medische informatiedeling via digitale kanalen (1^e 3 vakjes aankruisen indien akkoord, indien niet akkoord laatste vakje aanduiden)

Ik, geef als bewoner of vertegenwoordiger

- de toestemming aan de CRA Dr Ursula Segaert om een therapeutische link aan te maken met mij als bewoner. Dit dient om in externe platformen nodige medische info te verkrijgen.
- de toestemming om het BelRai beoordelingsinstrument te gebruiken via de software Pyxicare om van hieruit een zorgplanning op te maken.
- de gegevens uit de Belrai te delen via beveiligde platformen met zorgverleners met een therapeutische link
- geef geen toestemming om bovenstaande informatiedelingen te gebruiken

Naam + handtekening



Zorggerelateerde gegevens

Naam en voornaam (toekomstig) bewoner

Mobiliteit

Kan stappen

- Alleen
- Met ondersteuning van 1 persoon
- Met een hulpmiddel
 - Stok
 - Looprek of rollator
 - prothese
- Rolstoel gebonden

Transfer bed-zetel

- Zelfstandig
- Met hulp van 1 persoon
- Actieve lift
- Passieve lift
- Bedlegerig

- Vrijheidsbeperkende maatregel (vb onrusthekkens bed, voorzettafel, ...):

Hygiënische zorg

- Zelfstandig
- Hulp in badkamer
- Bedbad

Voeding

- Zelfstandig
- Hulp
- Aangepaste voeding nl

Gedrag

- Geen onbegrepen gedrag
- Desoriëntatie
- Verbale agressie
- Lichamelijke agressie
- Roepgedrag
- Weerstand bij verzorging
- Wegloopgedrag
-

Zintuigen

Gehoor

- Normaal
- Duidelijk verminderd
- Doof

Zicht

- Normaal
- Duidelijk verminderd
- Blind

Vertrouwenspersoon:

Wettelijke vertegenwoordiger:

Handtekening

Naam: _____

Datum: _____



Medische gegevens (enkel door de arts/huisarts in te vullen)

Naam en voornaam patiënt:

Naam en voornaam arts:

Telefoonnummer arts:

Medicatie-allergie: Medicatie-intolerantie:

Voedselallergie: Voedselintolerantie:

Vroegtijdige zorgplanning (uitprint uit EMD kan ook)

Zorgcode:

- A
- B
- C

DNR code

- 0
- 1
- 2
- 3

Palliatief dossier

- nee
- ja, sinds

Medische voorgeschiedenis:

.....

Chirurgische ingrepen:

.....

Huidige basisdiagnose voor opname:

.....

Indien van toepassing datum medisch bilan dementie:

aard van dementie:

Bijkomende diagnoses:

- Diabetes
- COPD
- Hartaandoening nl
- Neurologische aandoening nl
- Psychiatrische diagnose nl
- Andere:

Informatiedeling via Sumehr (vakje aankruisen wat van toepassing is)

- Ik heb voor deze bewoner de Sumehr opgeladen
- Ik wens geen Sumehr op te laden

Datum + handtekening + stempel arts:



AANVRAAG OM TEGEMOETKOMING IN EEN VERZORGINGSINRICHTING

Identificatiegegevens rechthebbende :

Riziv-nummer van de instelling :

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :

CRITERIUM	Oude score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET-BEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunsttaars)	is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken

CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

OF: de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : categorie O categorie A categorie B categorie C categorie D categorie Dement
aanvraagd ⁽¹⁾een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd ⁽¹⁾**B. Redenen die de wijziging van de categorie rechtvaardigen (enkel in geval van toename):****C. De Geneesheer (vereist indien de categorie D wordt aangevraagd of toename afhankelijkheid minder dan 6 maanden na wijziging schaal tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:**

Stempel riziv nummer geneesheer

Handtekening

Datum

Medicatiefiche (Uitprint uit EMB kan ook)

Naam patiënt:

.....

Naam medicatie	Dosis	08u00	12u00	17u30	20u00	22u00

Datum + handtekening arts:

.....

.....