



Dr. Reinhilde Dirckx (Mol)

J.B. Stessensstraat 2 – 2440 Geel
Tel. 014 57 70 35 Fax. 014 57 77 35
Secretariaat.revalidatie@ziekenhuisgeel.be

EXTERNE AANVRAAG tot opname Sp-Dienst Locomotore Revalidatie

ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Datum aanvraag:

Familienaam + Voornaam: _____ Geboortedatum: _____
Rijksregisternr. _____ Geslacht: M V
Adres: _____ Postcode: _____ Gemeente: _____
Burgerlijke stand: _____ Nationaliteit: _____ Taal: NL FR anders
Mutualiteit: _____
E-mailadres: _____

Huisarts: _____ Telefoon: _____
(Arbeids)ongevallenverzekering: Neen Ja
Kamerkeuze: Éénpersoonskamer 2-persoonskamer

SOCIALE GEGEVENS

Woonsituatie voor ziekenhuisopname:

- Alleenwonend Met zelfredzame partner Met zorgbehoevende partner
 Andere inwonende familieleden:
 Inwonend bij:
 Huis Appartement Lift Trappen Serviceflat Rusthuis

Professionele zorg voor ziekenhuisopname:

- Bejaardenhulp/gezinshulp (dienst + frequentie)
 Thuisverpleging
 Maaltijdbedeling
 Poetsdienst
 Andere: _____

Mantelzorg voor ziekenhuisopname:

- Familie Kennis/buren Andere: _____

Contactpersoon familie:

Naam: _____ Verwantschap: _____
Telefoon/GSM: _____ E-mail: _____

Planning na revalidatie

- 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:

3. datum:
Naar andere mogelijkheden:

1. datum:
2. datum:

Reeds aangevraagde sociale voordelen

- IT/IVT Tegemoetkoming hulp aan bejaarden
 Zorgverzekering VAPH
 Andere:

Contactpersoon verwijzende instantie (sociaal werker):

Naam : Tel: e-mail:

MEDISCHE GEGEVENS

Naam patiënt:

Datum opname in het verwijzend ziekenhuis:

Naam acuut ziekenhuis:

Begindatum huidige aandoening:

Hoofddiagnose (of basisaandoening waarvoor de behandeling in revalidatie wordt aangevraagd):

Indien operatie: Datum operatie:

Aard:

Bij fractuur/prothese vermelding van het verder te volgen beleid:

Percentage steunname:

Mobilisatie:

Bijzondere aandachtspunten:

Andere actieve medische problemen:

Psychische toestand:

Significante antecedenten (ev. verslag van andere behandelende specialist toevoegen)

Indicatie voor isolatie

Datum + resultaat laatste screening MRSA (of andere multiresistente kiem):

Datum + resultaat voorlaatste screening MRSA (of andere multiresistente kiem):

Lopende behandeling met dialyse of chemotherapie:

Huidige medicatielijst (in bijlage toe te voegen)

! Belangrijk voor specialiteiten terugbetaald op advies Raadgevend Geneesheer:

Attest Ja Neen In aanvraag

Geplande onderzoeken/consultaties:

Definitief ontslagrapport zal na transfer toegezonden worden naar de behandelend geneesheer van het Revalidatiecentrum Kempen

Stempel + handtekening + contact (telefoonnummer/mail) van de BEHANDELENDE geneesheer-specialist:

VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS

Naam patiënt:

ADL score (Katzschaal): op datum aanvraag

MMSE: /30

criterium	Score	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 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 inclusief)	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 of drinken	De patiënt wordt gevoed

criterium	Score	1	2	3	4	5
TIJD		Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriënteerd	Niet meer te testen oww gevorderde toestand
PLAATS		Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriënteerd	Niet meer te testen oww gevorderde toestand

criterium	Score	1	2	3	4	5
NACHTELIJKE ONRUST		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand
VERBAAL STOREN		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand
DESTRUCTIEF GEDRAG		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand
BESCHULDIGEN D GEDRAG		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand
RUSTELOOS GEDRAG		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand
DECORUM VERLIES		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand
WEGLOOP GEDRAG		Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Vroeger wel, maar nu niet meer oww gevorderde toestand

Bijzondere aandachtspunten

Voeding:

Dieet: Neen Ja:

Slikproblemen: Neen Ja:

Aangepaste voeding: Neen Ja:

Specifieke zorg:

Blaassonde: Verblijfsonde Suprapubische Ja, sinds:
 Stoma: Tracheostomie Gastrostomie Colo/ileo/uro
 Katheterisatie: Centraal veneuze Perifeer veneuze Port-a-cath
 Fixatie: Neen Ja:
 MRSA: Neen Ja:

Wondzorg en/of decubituszorg:

Datum aanvraag:

Naam verpleegkundige:

Telefoon:

E-mail:

REVALIDATIE GEGEVENS

Naam patiënt:

Reeds gestart met revalidatietherapie ?

Neen

Ja

K30

K60

Code:

R30

R60

Aantal gevolgde sessies tot en met datum aanvraag :

Huidig functioneel bilan/behandeling

Kine:

Contracturen/spasticiteit/ROM deficits:

Gang:

Ergo:

Transfer:

Hulpmiddelen:

Logo:

Andere:

Evolutie:

Prognose:

Naam revalidatiearts of (hoofd)kinesitherapeut:

Telefoon:

E-mail:

BIJLAGEN (VERPLICHT)

huidige medicatielijst

recente MRSA-screening (<1 week)

OK-verslag voor orthopedie patiënten

CT of MRI hersenen voor neurologie patiënten

— definitieve ontslagbrief wordt verstuurd per mail naar: secretariaat.revalidatie@ziekenhuisgeel.be,

per post naar Secretariaat revalidatie, J.B. Stessensstraat 2, 2440 Geel of per fax: 014 57 77 35.

Voor verdere inlichtingen en opvolging kan u contact opnemen met de Sociale Dienst:

Mieke: 014/ 57 72 08 (ortho)

Liliane: 014/ 57 72 09 (neuro)

Dank voor uw medewerking !