

# Aanvraag tot opname Sp-dienst

## 1. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam \_\_\_\_\_ Voornaam \_\_\_\_\_

Burgerlijke staat: ongehuwd – gehuwd – wed. – wett. gescheiden – feit. gescheiden  man  vrouw

Naam echtgeno(o)t(e) \_\_\_\_\_

Geboortedatum \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Tel/GSM \_\_\_\_\_

Is dit een instelling?  Ja  neen Welke \_\_\_\_\_

### • Contactpersonen (naam, telefoonnummer en verwantschap)

\_\_\_\_\_  
Relatie \_\_\_\_\_ Tel/GSM \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Relatie \_\_\_\_\_ Tel/GSM \_\_\_\_\_

Wie is de centrale aanspreekpersoon? \_\_\_\_\_

### • Mutualiteit

Benaming \_\_\_\_\_ Aansluitingsnummer \_\_\_\_\_ CG1 / CG2 \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### • Verwijzend ziekenhuis

Opnamedatum \_\_\_\_\_ verwijzend geneesheer \_\_\_\_\_

Huisarts \_\_\_\_\_

Reden opname  ziekte  ongeval  arbeidsongeval

Contactpersoon van de sociale dienst \_\_\_\_\_ Tel \_\_\_\_\_

## 2. SOCIALE GEGEVENS

- **Woonsituatie van de patiënt(e) voor de opname in ons ziekenhuis**

- alleenwonend
- bij partner
- instelling (RH, RVT, Serviceflat, ...)
- inwonend bij \_\_\_\_\_

- **Welke toekomstmogelijkheden worden voorzien?**

- naar huis
- naar familie
- naar instelling (RH, RVT, Serviceflat, .....)
- nog niet in te schatten, nog niet bespreekbaar

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

---

---

---

- **Wat werd reeds met familie besproken ?**

---

---

- **Indien plaatsing**

- Privé       OCMW
- datum aanvraag \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Instelling: \_\_\_\_\_
- Aangevraagd door \_\_\_\_\_

- **Indien thuiszorg :**

- Thuisverpleging      instantie \_\_\_\_\_
- Poetshulp      \_\_\_\_\_
- Gezins- en bejaardenhulp      \_\_\_\_\_
- Warme maaltijden      \_\_\_\_\_
- Andere      \_\_\_\_\_

### 3. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS

Ingevuld door (naam verpleegkundige) \_\_\_\_\_ Tel nr. afdeling \_\_\_\_\_

- Heeft patiënt(e) hulp nodig bij

	geheel	gedeeltelijk	Geen
Wassen			
Kleden			
Eten			
Toilet			

- **Mobiliteit** Bedlegerig  volledig  
 gedeeltelijk  
 gebruik van bedsponden  
 kan opzitten
- **Is er incontinentie voor** urine  neen  ja  blaassonde  
 faeces  neen  ja
- **Heeft patiënt(e) decubituswonden**  neen  ja  
 1° graad  
 2° graad  geïnfecteerd  niet geïnfecteerd  
 3° graad  geïnfecteerd  niet geïnfecteerd  
 Plaats  stuit  hielen  andere
- **Psychische toestand**  normaal  
 verwardheid  's nachts  overdag  
 storend gedrag \_\_\_\_\_  
 geen contactmogelijkheden \_\_\_\_\_
- **Fysische functies** Gehoor  normaal  hardhorig(apparaat)  doof  
 Zicht:  normaal  slecht(bril)  blind  
 Stomato  normaal  slikstoornissen
- **Trachea**  Ja welk type \_\_\_\_\_  
 poging tot verwijderen reeds gebeurd? \_\_\_\_\_  
 Neen
- **Zuurstoftherapie**  Ja  Neen
- **PEG sonde**  Ja Wanneer geplaatst \_\_\_\_\_  
 Neen

Problemen sondevoeding? \_\_\_\_\_

- **MRSA** \_\_\_\_\_ Waar \_\_\_\_\_

## 4. MEDISCHE GEGEVENS

- Antecedenten

---

---

---

- Diagnose + datum

---

---

---

- Prognose \_\_\_\_\_  
Wat werd aan familie/verwante meegedeeld

---

Wanneer \_\_\_\_\_

- Revalidatie-indicaties

---

---

K60/K30 aangevraagd? \_\_\_\_\_ Wanneer? \_\_\_\_\_

- Huidige ziekteproblemen

---

---

---

- MRSA \_\_\_\_\_ Screening? \_\_\_\_\_  
Wanneer? \_\_\_\_\_

*Graag kopie uitslagen bijvoegen aub !*

- Andere infecties

---

---

- Verwachte verblijfsduur \_\_\_\_\_ weken \_\_\_\_\_ Maanden

Vermoedelijke ontslagdatum in uw instelling \_\_\_\_\_

- DNR beleid Is pat. DNR? \_\_\_\_\_  
Wat werd reeds besproken en met wie? \_\_\_\_\_

- Voorgestelde behandeling

Medicatie: \_\_\_\_\_

**Belangrijk!** Voor specialiteiten terugbetaald op advies van de Raadgevend arts

**attest:**  ja  neen  in aanvraag

*Graag kopie van alle bloeduitslagen, bacteriologie en medische beeldvorming (scanners,...) bezorgen aub !*

Het onderzoek werd gedaan te: \_\_\_\_\_

Door Dr. \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_