

AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar opname@inkendaal.be

Naam Patiënt..... Voornaam Patiënt.....

Deel I: Sociaal verslag

Naam: _____ Voornaam: _____

Adres: _____

E-mailadres: _____

Geboortedatum: ____ / ____ / ____ Geboorteplaats: _____

Geslacht: M V

Burgerlijke stand: gehuwd ongehuwd weduw(e)naar gescheiden

Rijksregisternummer: _____

Identiteitskaartnummer: _____

Mutualiteit: Naam: _____

Code: _____

Inschrijvingsnummer: _____

titularis kind persoon ten laste samenwonende

Gewenste kamer: gemeenschappelijke kamer tweepersoonskamer éénpersoonskamer

Taal: Nederlands Frans andere: _____

Nationaliteit: Belg andere: _____

Financieel: OCMW Voorlopig bewindvoerder andere:

Dienst en/of contactpersoon: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Verzekering: DKV AXA AG VAN BREDA Andere:.....

Arbeidsongeval? JA / NEEN Beroep: _____

Woonsituatie: alleenwonend bij partner inwonend instelling

Huisarts: Naam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Contactpersoon familie: Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Contactpersoon sociale dienst: Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Emailadres: _____

Behandelend arts: Naam: _____

Telefoonnummer: _____

Mogelijkheden voor de toekomst:

terugkeer naar huis

reeds ingeschreven in 1 of meerdere RVT

andere: _____



AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar opname@inkendaal.be

Naam patiënt : Voornaam patiënt :

Deel II: Medisch verslag

1. Persoonlijke gegevens

Medische voorgeschiedenis: _____

Datum opname: __/__/__

Datum ingreep: __/__/__

Operatienummer: _____

Indien gekend, graag zeker het operatienummer in te vullen a.u.b.

Huidige ziektegeschiedenis:

Huidige symptomatologie:

Evolutie:

Huidige behandeling:

Revalidatie: Kine Ergo Logo Psycho

Verplicht in te vullen :

Reeds K60 nomenclatuur gestart : ja sinds neen

Reeds conventie opgestart (9.50-7.71) : ja sinds neen

Reeds E-pathologie lopende : ja sinds neen

Psychische toestand:

Prognose toestand:

AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar opname@inkendaal.be

Naam patiënt : Voornaam patiënt :

Reden voor opname in Sp ziekenhuis:

2. Informatie m.b.t. infectiebeheersing en correcte kamertoewijzing

Kopie toevoegen van het uitvoerig medisch verslag!

Bloedoverdraagbare aandoening

Neen

Ja ⇒ HBV HCV HIV

Status niet gekend

Gedocumenteerde kolonisatie en/of infectie met multiresistente micro-organismen

Neen

Ja ⇒ MRSA Datum laatste staalafname: ____ / ____ / ____

Origine: _____

Dekolonisatie uitgevoerd:

Neen

Ja ⇒ Datum: ____ / ____ / ____

Andere multiresistente kiemen (MREA, ESBL, MBL, CPE,...)

Micro-organisme: _____

Datum laatste staalafname: ____ / ____ / ____

Origine: _____

Gedocumenteerde Clostridium difficile geassocieerde diarree (CDAD)

Neen

Ja, diarree nog aanwezig

Datum laatste positieve coprocultuur: ____ / ____ / ____

Datum laatste resultaat positief/toxines: ____ / ____ / ____

AB-behandeling? _____

Voorziene ontslagdatum: ____ / ____ / ____

Ziekenhuis: _____ Dienst: _____

Doorverwijzende arts: _____

Emailadres: _____

AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar opname@inkendaal.be

Naam patiënt : Voornaam patiënt :

Tel: _____

Datum: ____ / ____ / ____

Naam en stempel van de geneesheer

Deel III: Verpleegkundig verslag

Ingevuld door (naam van de verpleegkundige): _____

Emailadres (verpleegafdeling): _____

Telefoonnummer (verpleegafdeling): _____

De patiënt heeft hulp nodig bij:

Wassen:	<input type="checkbox"/> volledige hulp	<input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/> geen hulp
Aankleden:	<input type="checkbox"/> volledige hulp	<input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/> geen hulp
Toiletbezoek:	<input type="checkbox"/> volledige hulp	<input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/> geen hulp
Eten:	<input type="checkbox"/> volledige hulp	<input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp	<input type="checkbox"/> geen hulp

Mobiliteit: bedlegerig: neen
 volledig
 gedeeltelijk
 gebruik van bedsponden

stappen: zelfstandig
 met hulp van anderen
 met hulpmiddelen welke: _____
 stapt niet

De patiënt is incontinent voor:

- urine neen ja
- stoelgang neen ja

De patiënt heeft: een blaassonde datum plaatsing: _____
 een colostomie
 een urostomie
 een cystofix datum plaatsing: _____
 een tracheostomie

AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar opname@inkendaal.be

Naam patiënt : Voornaam patiënt :

- een tracheocanule
type: _____
- een maagsonde
- microsonde via de neus datum plaatsing: _____
- PEG sonde datum plaatsing: _____
- een katheter
 - Centraal veneuze katheter
 - Perifere veneuze katheter
 - Port-a-cath

Wondzorg en/of decubituszorg:

- Chirurgische wonde(n)
 - aantal: _____
 - geïnfecteerd
 - locatie _____
 - niet geïnfecteerd
- Decubituswonde(n):
 - 1^{ste} graad 2^{de} graad 3^{de} graad
 - lokalisatie: stuit hiel(en) andere: _____
 - geïnfecteerd
 - niet geïnfecteerd
- Andere wonden:

Aandachtspunten met betrekking tot de fysische functies:

- gehoor
 - normaal hardhorig doof
 - hoorapparaten links rechts
- zicht
 - normaal bril blind
- stomato
 - normaal tandprothese slikstoornissen
 - mondzorg specifiek product: _____

Aandachtspunten met betrekking tot de voeding:

- dieet welke? _____
- aangepaste voedingsconsistentie welke? _____
- sondevoeding neen ja welke? _____
- TPN welke? _____
- voedingssupplementen neen ja welke? _____

Emotionele toestand van de patiënt (gedrag)

- normaal
- verwardheid overdag 's nachts
- onrustig overdag 's nachts
- agressief verbaal fysiek
- storend gedrag
- wegloopgedrag
- geen contactmogelijkheden

AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar opname@inkendaal.be

Naam patiënt : **Voornaam patiënt** :

- andere: _____
- fixatie van de patiënt
- neen ja omschrijf: _____

Andere bijzonderheden/aandachtspunten m.b.t. bijkomende voorzorgsmaatregelen, probleemkiemen, ... :
