

AANVRAAG Ambulante Revalidatie Volwassenen

Mailen naar onthaal@inkendaal.be

Naam patiënt : Voornaam patiënt :

Deel I: Sociaal verslag

Naam: _____ **Voornaam:** _____

Adres: _____

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

Taal: Nederlands Frans andere: _____

Nationaliteit: Belg andere: _____

Financieel: OCMW Voorlopig bewindvoerder andere:

Dienst en/of contactpersoon: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Beroep: _____

Woonsituatie: alleenwonend bij partner inwonend instelling

Vervoer: Kan zelf instaan voor vervoer naar het ziekenhuis Ja

Nee

Huisarts: Naam: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Contactpersoon familie: Naam: _____

Telefoonnummer: _____



AANVRAAG Ambulante Revalidatie Volwassenen

Mailen naar onthaal@inkendaal.be

Naam patiënt : Voornaam patiënt :

Deel II: Medisch verslag (medisch verslag bijvoegen)

Medische voorgeschiedenis: _____

Datum opname: __ / __ / __

Datum ingreep: __ / __ / __

Huidige ziektegeschiedenis: _____

Huidige symptomatologie: _____

Evolutie: _____

Huidige behandeling: _____

Revalidatie: Kine Ergo Logo Psycho

Psychische toestand: _____

Prognose toestand: _____

Reden aanvraag ambulante revalidatie: _____

Multiresistente kiem

Gekend – Welke? Waar? _____

Onbekend

