

## AANVRAAG TOT OPNAME

Faxen naar 02/532 23 66 of mailen naar [opname@inkendaal.be](mailto: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: \_\_\_\_\_ Voornaam: \_\_\_\_\_

Riziv-nr:..... 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](mailto: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](mailto: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](mailto: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](mailto: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<sup>ste</sup> graad       2<sup>de</sup> graad       3<sup>de</sup> 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](mailto:opname@inkendaal.be)

**Naam patiënt** :..... **Voornaam patiënt** :.....

- andere: \_\_\_\_\_  
 fixatie van de patiënt  
     neen                       ja omschrijf: \_\_\_\_\_

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

---

---