



AANVRAAG VOOR BEHANDELING IN HET REVALIDATIEZIEKENHUIS

1.IDENTIFICATIEGEGEVENS PATIENT

Naam:

Voornaam:

Geboortedatum en plaats: / / te

Adres:

Postcode : **Plaats**

Telefoonnummer :

Klever van de mutualiteit :

Mut:

Inschrijvingsnummer:

Code: /

** Financiële toestand : Eigen inkomen / Vervanginkomen / O.C.M.W. afhankelijk*

2.BEHANDELENDE ARTSEN

- Verwijzende arts + adres + dienst Ziekenhuis (of stempel) :

- Naam en adres huisarts :

3.SOCIAAL

**(on)gehuwd - gescheiden - alleenstaand - inwonend bij :*

Kontaktpersoon : Naam-adres-telefoonnummer :

** Schrappen wat niet past*



4. DIAGNOSE

- **Hoofddiagnose of basisaandoening waarvoor de behandeling in revalidatie (geobjectiveerde achteruitgang of bedreiging van een verworven functionele toestand wordt aangevraagd, met vermelding van de datum ; eventueel verder beleid betreft steunname, mobilisatie of speciale aandachtspunten) :**

Datum operatie : / /

- **Datum en nomenclatuurnummer vermelden in geval van operatie :**
- **Neveniagnosen :**

* Voert patiënt actief bevelen uit : **JA/NEEN**

5. MEDICATIE

6. BIJ TE VOEGEN

Verslagen van recente onderzoeken : labo, CT, NMR, neurofysiologisch onderzoek, verslag van recente opname of operatieverslag, evolutieverslag...

7. SPECIALE AANDACHTSPUNTEN

8. KAMERKEUZE

* gemeenschappelijke kamers

* 2persoonskamers

* individuele kamers

* *Schrappen wat niet past*