

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 / Vervangingsinkomen / O.C.M.W. afhankelijk / Bewindvoering

2.BEHANDELENDE ARTSEN

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

3.SOCIAAL

****gehuwd – ongehuwd - gescheiden – weduwe/weduwnaar - inwonend bij :***

Contactpersoon : Naam-adres-telefoonnummer :

* *Schrappen wat niet past*

4. DIAGNOSE

- **Hoofddiagnose** :

Datum aandoening :...../...../.....

Indien operatie : datum operatie en nomenclatuurnummer :...../...../.....

→ Patiënt moet gipsvrij zijn. Indien gips : datum verwijdering gips :...../...../.....

- **Nevendiagnosen** :

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

<i>Kamerkeuze</i>	<i>Mogelijkheid tot extra diensten</i>
<input type="checkbox"/> Gemeenschappelijke kamer	
<input type="checkbox"/> 2persoonskamer	<input type="checkbox"/> 2persoonskamer met hotelservice
<input type="checkbox"/> Individuele kamer	<input type="checkbox"/> Begeleider komt mee in kamer patiënt
<input type="checkbox"/> Individuele kamer met zeezicht	<input type="checkbox"/> Begeleider komt mee in kamer patiënt
<input type="checkbox"/> Individuele suitekamer met zeezicht mét begeleider (permanent verblijf).	

9. CONTACTPERSOON SOCIALE DIENST doorverwijzend ziekenhuis

Naam en tel.nr. :

10. CHECKLIST(zie hierna)

Enkel in te vullen bij neurologische aandoeningen en recent geopereerde patiënten.

ZIEKENHUISINFECTIES:

MRSA: ja neen Gecontroleerd?

ESBL: ja neen

ANDERE BELANGRIJKE NEVENDIAGNOSEN: ja neen

Indien ja: Welke?

ZELFREDZAAMHEID:

Eten : zelfstandig met gedeeltelijke hulp moet volledig worden geholpen

Aankleden : zelfstandig met gedeeltelijke hulp moet volledig worden geholpen

Wassen : zelfstandig met gedeeltelijke hulp moet volledig worden geholpen

Toilet : zelfstandig met gedeeltelijke hulp moet volledig worden geholpen

ENKEL IN TE VULLEN BIJ CVA PATIENTEN:

Zitbalans ja neen Hoofdcontrole ja neen

Hemizijde Links Rechts neen parese plegie

Spasticiteit ja neen Afasie / begripsprobleem ja neen

Hypotoniciteit ja neen Schoudersubluxatie ja neen

SOCIALE GEGEVENS :

Alleenwonend ja neen FOD ja neen

Woning rolstoeltoegankelijk ja neen ZV ja neen

Thuiszorg ja neen VAPH ja neen

Welke dienst + hoeveel :

Preventieve inschrijving :

MEDEWERKING VAN DE FAMILIE en PATIËNT :

ANDERE BIJZONDERHEDEN:

Naam en telefoonnummer hoofdverpleegkundige :