

## AANVRAAG VOOR BEHANDELING IN HET REVALIDATIEZIEKENHUIS

### 1.IDENTIFICATIEGEGEVENS PATIENT

**Naam:** .....

**Voornaam:** .....

**Rijksregisternummer:** .....

**Adres:** .....

**Postcode :** ..... **Plaats** .....

**Telefoonnummer :** .....

**Klever van de mutualiteit :**

**Mut:**

**Inschrijvingsnummer:**

**Code: /**

**Zorgverzekering:.....OK: ja/nee**

**Financiële toestand\*:**

**Eigen inkomen / Vervangingsinkomen / O.C.M.W. afhankelijk / Bewindvoering**

### 2.BEHANDELLENDE ARTSEN

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

- **Naam en adres huisarts :**

### 3.SOCIAAL

**\*gehuwd – ongehuwd - gescheiden – weduwe/weduwenaar - 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 : \_\_/\_\_/\_\_

→ Patiënt mag niet verkeren in Coma, vegetatieve toestand of minimale bewustzijnstoestand

▪ **Nevendiaagnosen :**

---

#### 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 (€40/dag)
<input type="checkbox"/> Individuele kamer (€79,09/dag)	<input type="checkbox"/> Begeleider komt mee in kamer patiënt (€55/dag)
<input type="checkbox"/> Individuele kamer met zeezicht (€110,49/dag)	<input type="checkbox"/> Begeleider komt mee in kamer patiënt (€55/dag)

---

#### 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.

### CHECKLIST "PATIËNTENINFORMATIE VÓÓR OPNAME" in BZIO

Naam :

Checklist ingevuld op :

Geboortedatum :

Geslacht :  ♀  ♂

#### VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS BIJ ALLE PATIENTEN:

Lengte: cm  Klein  Normaal  Groot  
 Gewicht: kg  Mager  Normaal  Obees

Tracheacanule  ja  neen  
 Gastrostomiesonde  ja  neen  
 Sondevoeding  ja  neen  
 Welke:.....

Voedingsconsistentie: .....

Eventueel dieet: .....

Blaassonde  ja  neen

Incontinentie      urinair:  ja  neen  
                               faecaal:  ja  neen

Risico op Decubitus  ja  neen  
 Decubitus letsel  ja  neen

Lokalisatie:

#### MOBILITEIT:

Bedlegerig  ja  neen      Rolstoel  ja  neen  
 Looprek  ja  neen      Rollator  ja  neen  
 Krukken  ja  neen

#### TRANSFERS:

Alleen  ja  neen      Actieve tillift  ja  neen

Met hulp derden  ja  neen      Passieve tillift  ja  neen

#### STEUNNAME:

Volledig  ja  neen      Plantair touch  ja  neen  
 Steunverbod  ja  neen

**EMOTIONELE TOESTAND:**

Verwardheid  ja  neen  
 Fixatie  ja  neen

Soms gedesoriënteerd  ja  neen  
 Onrustig overdag  ja  neen  
 Onrustig 's nachts  ja  neen

**ZIEKENHUISINFECTIES:**

MRSA:  ja  neen  
 ESBL:  ja  neen  
 CPE:  ja  neen

Gecontroleerd?

**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 NAH 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 : .....