

**AANVRAAG** TOT **OPNAME** VOOR **REVALIDATIE ZOL**

**Revalidatie Ziekenhuis Oost-Limburg**

**Neurologisch revalidatie – amputatie/prothese revalidatie**

Bessemerstraat 478 – 3620 Lanaken

Tel: 089/32 63 30 - [revalidatie@zol.be](mailto:revalidatie@zol.be)

**Revalidatie Ziekenhuis Maas en Kempen**

**Orthopedisch revalidatie – revalidatie ikv (poly)neuropathie/myopathie**

Diestersteenweg 425 – 3680 Maaseik

Tel: 089/50 63 82 - [revalidatie@zmk.be](mailto:revalidatie@zmk.be)

**Datum aanmelding :**

1. **ADMINISTRATIEVE GEGEVENS** (in te vullen of voorzien van een etiket) Naam: ……………………………………… Voornaam: ……………………….

Straat: …………………………………………………… nr.: ………. bus: ………….

Postcode.: … ………. Gemeente: …………………………… tel.: ……………………..

Geboortedatum: …………………………………………… GSM: …………………….

Nationaliteit: ………………………. 0 man 0 vrouw Rijksregisternummer: ………………………………………………………………………..

Mutualiteit ……………………………………………………………………

Hospitalisatieverzekering: 0 Ja 0 Neen

Huisarts: naam: ……………………………………… Tel…………………

contactpersoon verwijzend ZH: naam arts / dienst……………………………………………………..….

ziekenhuis: ……………………………………………………………….

te bereiken op telefoonnr.: ………………………………. …………….

contactpersoon sociale dienst.: ……………………………….. ……...

opnamedatum in uw ziekenhuis:………………………………………..

# SOCIALE GEGEVENS

Contactpersonen: naam: …………………………………………………………………………………….. ...............

telefoon/GSM:: …………………… ………………………………………………………..........................................

verwantschap: .....................................................................................................................................................

Burgerlijke staat: 0 alleenstaande 0 gehuwd/samenwonend 0 weduw(e)(naar) 0 gescheiden

Woonsituatie: 0 alleen  0 bij partner 0 rustoord 0 inwonend bij ………………

0 serviceflat

Sociale problematiek aanwezig : 0 nee 0 ja, …………………………………………………………………….

Professionele thuiszorg: - 0 thuisverpleging ….x/d

* 0 Poetshulp….x/w
* 0 gezinszorg…x/w
* 0 warme maaltijden…x/w
* 0 andere….

Toekomstige woonsituatie: - 0 huis

* 0 familie
* 0 rustoord/serviceflat
  + Ingeschreven in …..
  + aanvraag gedaan op: …………..

Voorlopige bewind: 0 nee 0 Ja………………. Naam Bewindvoerder……………………….

# MMSE:

# 3 KAMERKEUZE/ VOORKEUR

0 privékamer 0 meerpersoonskamer

De uiteindelijke keuze ligt bij ons en is mede afhankelijk van de opnameplanning

**4 VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS (telefoonnr. afdeling:…………………………………….)**

**KATZ-schaal**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| wassen | kleden | verplaatsen | toilet | continentie | eten | tijd | plaats |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

## Verpleegkundige zorgen:

* + voeding: 0 normaal 0 dieet 0 maagsonde 0 gastrostomiesonde
  + slikproblemen 0 ja 0 nee
  + sfincters: 0 continent 0 blaassonde 0 urostomie 0 suprapubische sonde

0 ileostomie 0 colostomie 0 pamper / incontinente stoelgang

* + andere speciale zorgen ………………………………………………………………………….

**Decubitus:** plaats: ………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 0 1ste graad  0 geïnfecteerd | | 0 2de graad  0 niet-geïnfecteerd | 0 3de graad  0 VAC Ja / Nee |
| 0 fixatie nodig ? indien ja, specifieer: ………………………………………………………………  Bijkomende informatie: zuurstof, gehoor, sondevoeding: ………………………………………. | | | |
| 0 besmettelijke ziekte: | 0 Clostridium | 0 andere : …………………………. | |
| **MRSA screening verplicht:** | 0 negatief | 0 positief datum: …………………… | |
| **VRE screening verplicht**: | 0 negatief | 0 positief datum: …………………… | |
| **CPE screening verplicht:** | 0 negatief | 0 positief datum: ……………………. | |
| **ESBL screening verplicht:** | 0 negatief | 0 positief datum: …………………… | |
|  |  |  | |
|  |  |  | |

# INFORMATIE BETREFFENDE DE FUNCTIONELE TOESTAND

**mobiliteit:** 0 Stappen: 0 zelfstandig 0 Rolstoel: 0 zelfstandig

0 met hulp (looprek/rolstoel/krukken) 0 met hulp

0 bedlegerig 0 komt op: …… uur/dag

**transfers**: 0 zelfstandig 0 met hulp van … persoon 0 met hulpmiddel

**evenwicht**: 0 in zit: stabiel/labiel 0 in stand: stabiel/labiel

**communicatie:** spraakstoornissen 0 ja 0 nee

communicatiestoornissen (afasie) 0 ja 0 nee

## psychologische gegevens:

* contactmogelijkheden: 0 adequate reacties 0 wisselend beeld 0 geen contact mogelijk
* bewustzijnstoestand: 0 alert 0 afleidbaar 0 suf, slaperig
* realiteitsbetrokken: 0 adequaat 0 niet adequaat (desoriëntatie) : overdag

’s nachts

post-op

* storend gedrag – wegloopgedrag
* score Mini Mental Status (MMSE): ……………………. (datum)

# REVALIDATIEGEGEVENS

Patiënt(e) genoot reeds revalidatie:

0 neen

0 ja startdatum: ……………………………. aantal behandelingen:……………………………………………..

Welke?: 0 K60/K30/R60/R30 0 forfait

contactpersoon: ...................................................................................................................................................

**Nood:**

* **Kine- en/of fysiotherapie**
* **Ergotherapie**
* **Logopedie**
* **Psychologische begeleiding**
* **Neuropsychologische testing**

# MEDISCHE GEGEVENS

Diagnose + datum + speciale aandachtspunten en belangrijke voorgeschiedenis:

* Electieve ingreep
* Steunverbod volledig
* Plantair contact
* Gedeeltelijke belasting
* Isolatie-nood (MRSA, CPE)

**Klinisch onderzoek/functionele status: Graag verslag kine – ergo – logo – psycho**

**Medicatielijst: gelieve bij te voegen**

**Dieet:** ……

**Gelieve mee te geven bij transfers van de patiënt naar ons centrum:**

* + **identiteitskaart**
  + **medisch verslag – hospitalisatieverslag – medicatielijst**
  + **controle afspraken zo mogelijk te organiseren in ons centrum, campus locatie.**

*Op deze gegevens is de wet van 08.12.1992 tot bescherming van de persoonlijke levenssfeer ten opzichte van de verwerking van persoonsgegevens, van toepassing.*