

## Aanvraag tot opname sp-locomotorisch

### Administratieve gegevens

Naam: .....

Voornaam: .....

M  V

Geboortedatum: .....

Adres: .....

Tel: .....

### Contactpersonen

Naam: .....

Relatie tot patiënt: ..... Tel: .....

Naam: .....

Relatie tot patiënt: ..... Tel: .....

Naam: .....

Relatie tot patiënt: ..... Tel: .....

### Mutualiteit

Benaming: .....

Aansluitingsnr: ..... CG 1/CG 2: ...../.....

**Verwijzend ziekenhuis:** .....

Verwijzend arts: ..... Tel: .....

Opnamedatum: ..... Voorziene ontslagdatum: .....

Huisarts: ..... Tel: .....

Te contacteren personen ivm beslissing opname SP:

Naam: ..... Tel: .....

**Kamerkeuze:**  tweepersoonskamer (opleg 14 EUR/dag)  
 éénpersoonskamer (opleg 27 EUR/dag)  
 vierpersoonskamer

Naam patiënt: .....

## Medische gegevens

### Revalidatie-indicaties:

.....  
.....  
.....

### Antecedenten (voornamelijk met weerslag op zelfredzaamheid):

.....  
.....  
.....

### Huidige ziekteproblemen:

.....  
.....

Ingreep: ..... datum: ..... / ..... / .....

### Aanwezige nosocomiale infecties:

.....

### Prognose:

.....

Welke verwachtingen hebben de patiënt en familie? Wat werd hen medegedeeld?

.....  
.....

**DNR beleid:** is patiënt DNR?

neen

ja

code: .....

Wat werd besproken met wie?

.....  
.....

Naam patiënt: .....

## Huidige behandeling

- medicatie                      schema toevoegen  
  attesten voor aanvragen goedkeuring van Af/Bf medicatie:  
  .....  
  .....  
  Attest     ja     neen    aangevraagd sinds    .....
- dieet                                      .....
- wondzorg                      locatie .....
- verslag p. .... invullen
- kine en/of fysio                      verslag p. .... invullen
- ergotherapie                      verslag p. .... Invullen
- logopedie                      verslag p. .... Invullen

### Andere aandachtspunten of aanvullende opmerkingen:

.....  
.....  
.....

Zo mogelijk de aanvraag vervolledigen met kopieën van bloeduitslagen, bacteriologie en medische beeldvorming aub!

Datum + handtekening / stempel



naam patiënt: .....

## Sociale gegevens

### Gezinssamenstelling

- gehuwd met: .....
- samenwonend met: .....
- inwonend bij: .....
- alleenstaand
- gescheiden
- weduwe(naar)
- .... kinderen

### Woonsituatie voor opname in verwijzend ziekenhuis:

- woning  met trappen
- appartement  zonder trappen
- instelling  lift aanwezig
- rusthuis .....
- serviceflat .....

### Aanwezige thuiszorg voor opname in verwijzend ziekenhuis:

- mantelzorg wie? .....
- thuisverpleging taken? .....
- poetshulp wie? .....
- gezins- en bejaardenhulp frequentie? .....
- maaltijden wie? .....
- boodschappen wie? .....
- kinesitherapie wie? .....

naam patiënt: .....

**Aanwezige hulpmiddelen:**

- |   |                                       |  |
|---|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ziekenhuisbed        | <input type="checkbox"/> elektrisch   |  |
| <input type="checkbox"/> infuusstaander       |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> loophulp             | <input type="checkbox"/> met wieltjes | <input type="checkbox"/> zonder wieltjes |
| <input type="checkbox"/> krukken              |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> toiletstoel          |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> rolstoel             | <input type="checkbox"/> beensteunen  |  |
| <input type="checkbox"/> pomp sondevoeding    |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> zuurstoftherapie     |                                       |  |
| <input type="checkbox"/> personenalarmsysteem |                                       |  |

**Sociale voorzieningen:**

- |  |                               |                             |                                      |
|--|-------------------------------|-----------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> THAB              | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> IVTT/ITT          | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> APH               | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> zorgverzekering   | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |
| <input type="checkbox"/> OCMW-tussenkomst: | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> in aanvraag |

**Ontslagplanning:**

- terugkeer naar vroegere woonsituatie
- inwonen bij familielid
- naar instelling

welke?

.....

welke stappen werden reeds ondernomen?

.....

.....

- nog niet in te schatten, nog niet bespreekbaar

naam sociaal werker + telnr.: .....

naam patiënt: .....

**Kine/ergotherapie:**

Kracht (./5):

	re	li
BLM	....	....
OLM	....	....

Gangfunctie:  zelfstandig  
 onder toezicht  
 met hulpmiddelen: .....  
 onmogelijk

Transfers:

in/uit bed:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp: .....
in/uit zetel:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp: .....
rolstoelgebruik:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp: .....
trapegebruik:	<input type="checkbox"/> zelfstandig	<input type="checkbox"/> mits hulp: .....

Contracturen/spasticiteit/rom deficieten:  
.....  
.....  
.....

Aantal reeds uitgevoerde revalidatiebehandelingen (k30/45/60):  
.....  
sinds: ..... / ..... / .....  
code limitatieve lijst: .....

**Bijzondere opmerkingen:**  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....