

Verwijsformulier voor opname in een centrum voor revaliderend herstel t.a.v. de arts van het centrum

Een aanvraag is slechts volledig als luik 1, 2 en 3 volledig zijn ingevuld, de medicatielijst, een medisch verslag en indien van toepassing de nodige voorschriften kinesithérapie en logopedie zijn toegevoegd.

1. Administratief luik (in te vullen door de aanvrager, contactpersoon of dienst maatschappelijk werk)

- **Aanvrager (alle gegevens invullen tenzij aanwezig op de klever van het ziekenfonds)**

Naam:

Voornaam:

Rijksregisternummer:

Adres:

Postcode: Gemeente:

Nr. ziekenfonds: Code gerechtigde: /

Klever ziekenfonds

Tel/ Gsm: Email:

Naam huisarts: Tel/Gsm huisarts:

Taal: Nederlands/ Frans / Duits/ Andere

- **Contact in het ziekenhuis**

Naam ziekenhuis:

Dienst	Contactpersoon	Telefoon/GSM	Email

- **Contactpersoon in de thuissituatie**

Naam: Voornaam: Verwantschap:

Tel/Gsm: Email:

Naam: Voornaam: Verwantschap:

Tel/Gsm: Email:

- **Eventuele begeleider tijdens het verblijf**
(indien de begeleider zorgafhankelijk is = aparte aanvraag opmaken)

• Gezonde begeleider: Naam: Tel/Gsm:

• Begeleider **met zorgnood**: Naam: Tel/Gsm:

- **Sociale gegevens**

- Voorlopige bewindvoerder:
- Thuisverpleging:
- Thuishulp:
- Opvolging door erkende dienst maatschappelijk werk:

- **Kamertype:** De patiënt wenst een:

Eenpersoonskamer

Tweepersoonskamer

Kamer met begeleider

☐☐☐

2. Medische luik (volledig in te vullen door de verwijzende arts)

- **Hospitalisatie** van .../...../20.... tot en met (verwachte ontslagdatum)/...../20....

- ☐ Ten gevolge van een heelkundige ingreep: welke?
- ☐ Ten gevolge van een ernstige aandoening: welke hoofddiagnose?.....
- ☐ Verderzetting via thuishospitalisatie: indicatie?.....

- **Belangrijke gegevens voor de kinesitherapie:**

Datum ingreep:/...../..... nomenclatuur van de ingreep: K ofN.....

Steunverbod	☐ Ja	☐ Nee	indien steunverbod: tot/...../20.....
IC-opname	☐ Ja	☐ Nee	
Arbeidsongeval	☐ Ja	☐ Nee	

- **Tijdelijk verlies van autonomie in het thuismilieu of thuisvervangend milieu wegens:**

- ☐ een ernstige aandoening¹: welke?
- ☐ een locomotorische aandoening¹: welke?.....

- **Volgende comorbiditeiten zijn aanwezig (aankruisen en vervolledigen) :**

- ☐ diabetes² type I/ type II
- ☐ hypertensie
- ☐ cardiale problematiek:.....
- ☐ pulmonale problematiek:.....
- ☐ orthopedische beperkingen:.....
- ☐ oncologische problematiek:.....
- ☐ neurologische problematiek:
- ☐ urologische problematiek:.....
- ☐ psychische/cognitieve problematiek³:
- ☐ voedingsproblematiek⁴:
- ☐ Verslavingsproblematiek:

- Er zijn omgevingsfactoren in het thuismilieu die deze opname beïnvloeden¹ ☐ ja ☐ neen

Welke

¹ Aankruisen wat geldt EN VERVOLLEDIGEN

² Omcirkelen wat geldt

³ Personen met dementie zonder begeleider kunnen niet worden opgenomen voor dit revaliderend herstel wegens openheid van de voorziening

⁴ Bv. sondevoeding, stoma, slikproblemen

• **Het multidisciplinaire revalidatieplan omhelst bij voorkeur volgende disciplines⁵:**

- | | |
|---|--|
| ☐ Verpleegkundige zorg ⁶ | ☐ Diëtist |
| ☐ Kinesitherapie (voorschrift noodzakelijk) | ☐ Ergotherapie. |
| ☐ Sociaal assistent | ☐ Logopedie (voorschrift NKO of neuroloog absoluut noodzakelijk) |
| ☐ Psycholoog | |

• **Met de volgende revalidatiedoelen ⁴**

- | | |
|--|--|
| ☐ Zelfzorgbevordering | ☐ Sociale integratie |
| ☐ Medicatiebeheer | ☐ Emotioneel welzijn en zelfvertrouwen |
| ☐ Pijnbeheersing | ☐ Voedingsmanagement/ gewichtsbeheer |
| ☐ Bewegingsbereik en kracht | ☐ Zelfstandigheid in activiteiten van het dagelijks leven |
| ☐ Mobiliteit | ☐ Werk en recreatievaardigheden |
| ☐ Functioneel herstel | |

☐ Andere:

☐ Belangrijke bijkomende informatie in het kader van revalidatie en verpleegkundige zorgen:

.....

• **Aandachtspunten⁴**

- ☐ Allergieën:
- ☐ Dieet:Enterale dieet: ja / nee
- ☐ Zuurstof:Toestemming arts ja/ nee
- ☐ Infecties/besmettingsgevaar:
- ☐ Wondzorg:
- ☐ Dialyse: hemodialyse of peritoneale dialyse
- ☐ **DNR of negatieve wilsverklaring?** ☐ja ☐nee
- ☐ Andere:

3. Te verwachten verblijfsduur:

Opname datum: .../.../20..... tot en met .../.../20.....

Verblijfsduur:.....

Na het verblijf, vertrek naar

opm.: vergeet niet een recent medisch verslag, een medicatielijst en indien van toepassing een voorschrift kinesitherapie en/of logopedie

Datum: / / 20.....

Naam:

Handtekening:.....



Stempel verwijzende arts

We behandelen uw persoonsgegevens overeenkomstig de geldende Belgische en Europese privacywetgeving, in het bijzonder de GDPR-verordening (2016/679) betreffende de bescherming van persoonsgegevens en het vrije verkeer van die gegevens.

⁵ Aankruisen wat geldt

⁶ Steeds Katzschaal toevoegen

3. Beschrijving van de huidige zelfredzaamheid via Katz-schaal: in te vullen door een arts of verpleegkundige

Criterium	1	2	3	4
WASSEN	Kan zichzelf wassen zonder enige hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen onder de gordel	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
KLEDEN	Kan zichzelf helemaal aan- en uitkleden zonder hulp	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden onder de gordel (veters uitgezonderd)	Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	Moet volledig geholpen worden om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
VERPLAATSEN	Kan volledig zelfstandig opstaan en zich zonder mechanische hulp of hulp van derden verplaatsen	Kan zelfstandig in en uit stoel of bed, maar gebruikt mechanische hulpmiddelen om zich zelfstandig te verplaatsen (krukken, rolstoel)	Heeft volstrekte hulp van derden nodig om te staan en zich te verplaatsen	Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk om zich te verplaatsen
TOILETBEZOEK	Kan alleen naar het toilet gaan of zich reinigen	Heeft gedeeltelijke hulp van derden nodig om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Moet volledig worden geholpen om naar het toilet te gaan of zich te reinigen	Kan niet naar het toilet gaan en evenmin op de rolstoel
CONTINENTIE	Is continent voor urine en faeces	Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (incl. blaassonde of stoma)	Is incontinent voor urine (mictietraining inclusief)	Is incontinent voor urine en faeces
ETEN	Kan alleen eten en drinken	Heeft vooral hulp nodig om te eten en drinken	Heeft gedeeltelijke hulp nodig tijdens eten of drinken	De patiënt wordt gevoed
TIJDSBESEF	Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriëteerd
PLAATS	Geen probleem	Nu en dan, zelden een probleem	Bijna elke dag probleem	Volledig gedesoriëteerd

Bijkomende informatie: in te vullen door arts of verpleegkundige

Criterium	1	2	3	4	5
NACHTELIJKE ONRUST	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
VERBAAL STOREN	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
DESTRUCTIEF GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
BESCHULDIGEND GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
RUSTELOOS GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
DECORUM VERLIES	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren
WEGLOOP GEDRAG	Nooit	Nu en dan zelden	Bijna elke nacht	Voortdurend, altijd	Niet te evalueren

Indien de persoon een 2 of meer scoort voor tijds- en plaatsbesef: gelieve een recente MMSE-score te bezorgen, een uitgebreid verslag van de medische voorgeschiedenis en van het huidige gedrag van de persoon.

MMSE-score: /30 Datum MMSE-score: .../...../20....

Datum:/...../20..... Naam:..... (verpleegkundige/arts)

Stempel arts/verpleegkundige

Handtekening:

