

Gewenste gegevens opnamedocument

Noodzakelijke gegevens

Contactgegevens afdeling WZC/VAPH-instelling

Naam afdeling	
Telefoon afdeling	
Ev. contactpersoon vb. verpleegkundige	

Patiëntengegevens

Naam en Voornaam	
Adres verblijfplaats (indien verblijf in zorginstelling: • Naam + adres zorginstelling • Naam afdeling + contactgegevens: tel. & e-mail)	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Ziekenfonds + stamnummer+ codegerechtigde	
Taal	
Burgerlijke stand	☐ gehuwd ☐ partner ☐ alleenstaand ☐ weduwe/ weduwnaar

Huisarts

Naam en Voornaam	
Adres	
Telefoon	
E-mail	

Huisapotheek

Naam en Voornaam	
Adres	
Telefoon	
E-mail	

Contactpersoon (relatie tot patiënt)

Contactpersonen

Naam	Telefoonnummer	Relatie (partner, kind, ...)

Centrale mantelzorger: ☐ nee ☐ ja:

Naam	Telefoonnummer

Aangeduide (wettelijke) vertegenwoordiger: ☐ nee ☐ ja:

Naam	Telefoonnummer

Besmettingsrisico: ☐ nee ☐ ja:

(bv. MRSA, CPE, TBC, hepatitis, HIV,...)

DNR- code

☐ nee ☐ ja ☐ niet gekend

Code: -----

Vroegtijdige zorgplanning

☐ nee ☐ ja

Negatieve wilsverklaring

☐ nee ☐ ja

Medicatie

Medicatieschema op de volgende pagina in te vullen (of bij te voegen in bijlage)

- Medicatie pletten: ☐ ja ☐ nee
- Inname: ☐ alleen ☐ onder toezicht
- Ernstige bijwerkingen op medicatie: ☐ ja ☐ nee
 - Zo ja, welke: -----
- Zuurstoftherapie: ☐ ja ☐ nee
 - Zo ja, debiet: ----- l/m

[illegible]

Aanvullende gegevens

Belangrijke medische informatie (allergieën, voorgeschiedenis,...)

Zorginformatie

Verminderde visus: ☐ ja ☐ nee

Hulpmiddel:

☐ bril ☐ leesbril ☐ contactlenzen

Verminderd gehoor: ☐ ja ☐ nee

Hulpmiddel

☐ hoorapparaat: ☐ links ☐ rechts

☐ meegegeven ☐ niet meegegeven

Spraak- of taalstoornissen:

Toelichting:

Moeilijk hanteerbaar gedrag:

☐ licht storend ☐ verbale agressie ☐ fysieke agressie ☐ wegloupgedrag

Toelichting orthesemateriaal

Type spalk – TED – DAUER – ROSIDAL

Vrijheidsbeperkende maatregelen: ☐ ja ☐ nee

Wanneer:

☐ overdag ☐ 's nachts ☐ 24 uur

Beschrijf

Valrisico: ☐ ja ☐ nee

Mobiliteit: type hulpmiddel

Aangepaste rolstoel? Noteer het model en geef mee bij opname

Decubituspreventie: ☐ ja ☐ nee

Wat?

Aangepast oproepsysteem nodig? ☐ ja ☐ nee

Beschrijf en verwittig de toegankelijkheidscoach voor de opname

Zelfredzaamheid (= functionele status) & psychisch functioneren

KATZ- schaal → hier in te vullen of in bijlage mee te geven

Fysieke afhankelijkheid					
Zich wassen	Zelfstandig (1)	Gedeeltelijke hulp boven- of onderlichaam (2)	Gedeeltelijke hulp boven- en onderlichaam (3)	Volledige hulp (4)	
Zich kleden	Zelfstandig (1)	Gedeeltelijke hulp boven- of onderlichaam (2)	Gedeeltelijke hulp boven- en onderlichaam (3)	Volledige hulp (4)	
Transfer en verplaatsingen	Zelfstandig (1)	Zelfstandig met gebruik van mechanische hulpmiddelen (2)	Hulp nodig van derden (3)	Bedlegerig of rolstoel met volledige hulp (4)	
Toiletbezoek	Zelfstandig (1)	Gedeeltelijke hulp voor 1 van de 3 items (2)	Gedeeltelijke hulp voor 2 van de 3 items (3)	Volledige hulp (4)	
Continentie	Continent voor urine en faeces (1)	Accidenteel continent voor urine en faeces (2)	Incontinent voor urine of faeces (3)	Incontinent voor urine en faeces (4)	
Eten	Zelfstandig (1)	Voorbereiding van de maaltijd door derden (2)	Gedeeltelijke hulp bij eten of drinken (3)	Volledige hulp (4)	
Psychische afhankelijkheid					
Desoriëntatie in tijd	Geen probleem (1)	Sporadisch (2)	Bijna elke dag een probleem (3)	Volledig gedesoriënteerd (4)	Geen evaluatie mogelijk (5)
Desoriëntatie in ruimte	Geen probleem (1)	Sporadisch (2)	Bijna elke dag een probleem (3)	Volledig gedesoriënteerd (4)	Geen evaluatie mogelijk (5)

MMSE afgenomen:

☐ nee ☐ ja ☐ niet gekend

Zo ja, resultaat: _____ / 30

Datum afname: _____ / /

Voeding

- Lengte: cm
- Gewicht: kg datum:
- Type voeding:
 - Gewone voeding
 - Gemalen voeding
 - Dieetvoeding:
 - Sondevoeding:
 - Naam
 - Hoeveelheid
 - Inloopsnelheid
 - Parenterale voeding: ☐ ja ☐ nee
 - Type:
 - Bijvoeding:
 - Type:
 - Niets per os
- Voedingssonde:
 - Zo ja, type:
 - Nasogastrische sonde
 - PEG- sonde
 - Gastroduodenale sonde (Duodopa)
- Slikproblemen:
 - Geen problemen
 - Dranken
 - Half vaste voeding
 - Vaste voeding
- Drank indikken:
☐ ja ☐ nee
- Gebitsprothese:
☐ boven ☐ onder
Meegegeven naar ziekenhuis:
☐ ja ☐ nee
- Hulp bij voeding: ☐ zelfstandig ☐ voorbereiden ☐ volledige hulp
- Mondcontrole nodig?: ☐ ja ☐ nee

Huid- en wondzorg/ katheter/ geïmplanteerde toestellen (niet gerelateerd aan de reden van opname)

- Wonden voor opname:
 - Zo ja,
 - Waar:
 - Type wonde:
 - Hoeveel:
- Urinaire katheter:
 - Zo ja, type:
 - ☐ Suprapubische katheter:
 - ☐ Verblifskatheter:
 - ☐ Urostoma
 - ☐ Zelfsondage
 - ☐ Andere:
- Fecaal stoma:
 - Zo ja, type:
 - ☐ Colostomie
 - ☐ Ileostomie
 - Type opvangsysteem
 - ☐ Eendelig opvangsysteem
 - ☐ Tweedelig opvangsysteem
- Tracheostomie: ☐ ja ☐ nee
- Drains en geïmplanteerde toestellen:
 - ☐ Baclofenpomp
 - ☐ Cochleair implantaat
 - ☐ Hartdefibrillator
 - ☐ Nervus vagus stimulator
 - ☐ Ommayareservoir
 - ☐ Pacemaker
 - ☐ Peritoneale dialyse katheter
 - ☐ Ventriculoperitoneale drain
 - ☐ DBS (deep brain stimulator)
 - ☐ Andere:

Sociale situatie en sociale gegevens (zo relevant)

Sociale situatie

- Type woning
 - ☐ Huis ☐ Appartement ☐ Bejaardenwoning ☐ Assistentiewoning ☐ Kangoeroewoning
 - ☐ Andere: -----
- Bed staat: ☐ boven ☐ beneden ☐ Ziekenhuisbed aanwezig
- Trappen: ☐ ja ☐ nee
- Sociale gegevens:
 - Draagkracht mantelzorger: -----
 - Tegemoetkomingen: -----
 - Aanvragen WZC: -----
 - Hulp partner mogelijk: ☐ ja ☐ nee
 - Hulp inwonende familie: ☐ ja ☐ nee

Bijlagen (kruis aan wat je toevoegt)

- ☐ Verwijsbrief huisarts
- ☐ Katz-schaal (vooral bij WZC)
- ☐ Actueel medicatieschema
 - Graag medicatie mee te geven voor 24u (voorkeur in blister)
- ☐ Signaleringsplan (vooral bij VAPH sector)
- ☐ DNR/ vroegtijdige zorgplanning/ negatieve wilsverklaring
- ☐ Andere:
