

Aanvraagformulier SP Revalidatie

SOCIALE GEGEVENS

Naam en voornaam:.....

Geboortedatum:

Adres:.....

.....

.....

Aanvang ziekenhuisopname + dienst:.....

.....

Mutualiteitsgegevens:.....

Huisarts + telefoonnummer:.....

Burgerlijke stand:.....

Woonsituatie: ☐ met partner ☐ Alleenwonend

☐ Inwonend bij:.....

☐ Instelling:.....

Contactpersonen:

.....

.....

.....

Planning na ontslag:

.....

.....

.....

Rusthuis – RVT aangevraagd:

☐ Neen

☐ Ja:.....

.....

Kamerkeuze: ☐ 1-persoonskamer ☐ 2-persoonskamer

Aangevraagd door (gelieve naam en telefoonnummer te vermelden):

.....

1 - Naam patiënt:.....

Medische gegevens (door arts in te vullen)

1. Huidige diagnose + aanvangsdatum:

.....

2. Reden voor aanvraag SP-afdeling:

.....

3. Medische antecedenten:

.....

.....

4. Bijkomende diagnose of complicaties tijdens verblijf:

.....

.....

.....

5. Neurologisch bilan of orthopedisch bilan (steunbeleid):

.....

.....

6. Specifieke revalidatiedoelstellingen:

.....

.....

7. Aanwezigheid ziekenhuisbesmetting (MRSA, ESBL,...)?

☐ Neen

☐ Ja, welke:

Stempel + handtekening van de behandelend arts:

2 - Naam patiënt:.....

Verpleegkundige gegevens

1. Hygiënische zorgen

Wassen	☐ zelfstandig	☐ met hulp	☐ is totaal afhankelijk
Eten	☐ zelfstandig	☐ met hulp	☐ is totaal afhankelijk
Kleden	☐ zelfstandig	☐ met hulp	☐ is totaal afhankelijk
Mobiliteit	☐ zelfstandig	☐ met hulp	☐ is totaal afhankelijk

2. Verpleegkundige zorgen

Medicatie	☐ oraal frequentie	☐ inspuiten ☐ IM ☐ SC	☐ Andere, welke?
Urine	☐ continent	☐ incontinent	☐ 's nachts
Faeces	☐ continent	☐ incontinent	☐ 's nachts
Voeding	☐ normaal ☐ oraal	☐ half vloeibaar ☐ sondevoeding	☐ vloeibaar ☐ andere?

Wondzorg

- ☐ chirurgische wonde:
.....
.....
- ☐ traumatische wonde:
.....
.....
- ☐ decubituswonde:
.....
.....
- ☐ andere:
.....
.....

3 - Naam patiënt:.....

3. Psychisch

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ normaal | ☐ neurotisch | ☐ psychotisch |
| ☐ niet depressief | ☐ licht depressief | ☐ zwaar depressief |
| ☐ niet gedesoriënteerd | ☐ licht gedesoriënteerd | ☐ zwaar gedesoriënteerd |
| ☐ in tijd | ☐ in tijd | ☐ in tijd |
| ☐ in ruimte | ☐ in ruimte | ☐ in ruimte |
| ☐ niet verward | ☐ soms verward | ☐ totaal verward |
| ☐ aanspreekbaar | ☐ werkelijk contact | ☐ niet aanspreekbaar |
| ☐ niet agressief | ☐ weinig agressief | ☐ agressief |
| ☐ loopt weg | ☐ loopt niet weg | |

4. Slikproblemen

- | | | |
|------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Slikproblemen? | ☐ ja | ☐ neen |
| Protocol van slikfunctietest | ☐ ja | ☐ neen |

Al deze gegevens verklaar ik voor echt.

Naam + handtekening van de hoofdverpleegkundige of de dienstverantwoordelijke:

.....

Datum:/...../.....

Handtekening:

4 - Naam patiënt:.....