

AANVRAAG TOT OPNAME

vast verblijf in WZC kortverblijf type 1

Vak voorbehouden voor medewerker sociale dienst

<p>Datum intake:</p> <p>Datum aanvraag:</p> <p>Door:</p> <p>Aanvraag: <input type="checkbox"/> Open woongroep <input type="checkbox"/> Woongroep voor bewoners met dementie</p> <p>Dringend - preventief</p>	<p>Te zenden naar: WZC Sint-Jozef Sint-Jozefstraat 15 2222 Wiekevorst Tel.: 014/27.02.99 E-mail: buurtzorg.wiekevorst@zusters-berlaar.be</p>
<p>Indien aanvraag voor kortverblijf type 1:</p> <p>Gevraagde periode: VAN TOT</p> <p>Kamer:</p>	<p>Sociale dienst: Mieke Huygens E-mail: mieke.huygens@zusters-berlaar.be</p>

1. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

NAAM:

VOORNAAM:

ROEPNAAM:

BURGERLIJKE STAAT:

ADRES : STRAAT EN HUISNUMMER:

POSTCODE EN WOONPLAATS:

GEBOORTEPLAATS EN -DATUM:

HUIDIG VERBLIJF:

SINDS:

Privacywetgeving en bescherming van persoonsgegevens

Ondertekende geeft uitdrukkelijk toestemming tot verzameling en verwerking van de in dit document vermelde gegevens. Hij/zij verklaart ervan in kennis gesteld te zijn dat de verzameling en verwerking van zijn/haar persoonsgegevens geschiedt overeenkomstig de Algemene Verordening AVG 2016/679 van het Europees Parlement en de Raad van 27 april 2016 en de Wet van 30 juli 2018 betreffende de bescherming van natuurlijke personen in verband met de verwerking van persoonsgegevens, de Wet van 22 augustus 2002 betreffende de rechten van de patiënt, en met inachtneming van het beroepsgeheim.

Meer informatie over het beleid dat het WZC voert bij de verwerking van persoonsgegevens zijn terug te vinden op de website www.zorggroepzvb.be. In de Privacyverklaring worden ook de rechten van de bewoner uitvoerig beschreven.

Meer informatie hierover kan bekomen worden bij de directie.

Naam + datum + handtekening

IS ER EEN VERTEGENWOORDIGER AANGESTELD ? Ja / Neen

Zo ja, wie ?

CONTACTPERSONEN (naam, verwantschap, adres en telefoonnummer) :

ONTVANGT DE AANVRAGER MANTELZORG ? Ja / Neen

Zo ja, door wie? Naam mantelzorger + hoe vaak ?

MUTUALITEITSGEGEVENS: (kleefvignet)

HUISARTS:

BEHANDELENDE SPECIALIST(EN):

2. INFORMATIE AANGAANDE DE OPNAME

KAMERKEUZE:

- woongroep :
- éénpersoonskamer
- tweepersoonskamer (echtpaar)
- andere :

REDEN VAN AANVRAAG: Dringend / preventief

HOE STAAT DE TOEKOMSTIGE BEWONER TEGENOVER DE AANVRAAG ?

BIJZONDERHEDEN ROND FINANCIËLE HULP:

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Aanvraag OCMW | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Inkomensvervangende tegemoetkoming | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Zorgverzekering | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Integratietegemoetkoming | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Zorgbudget voor Ouderen met een Zorgnood
(vroeger Tegemoetkoming hulp aan bejaarden) | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Dossier Vlaams Agentschap Pers. met Handicap | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Inkomensgarantie voor ouderen | Ja / Neen |
| <input type="checkbox"/> Andere (bv: familiaal, sociaal, voorlopige bewindvoerder, ...) | Ja / Neen |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

3. INFORMATIE AANGAANDE DE VERZORGING

DOET U REEDS BEROEP OP THUISZORGDIENTEN? Ja / Neen

ZO JA, WELKE?

Verpleging: Ja / Neen

Naam + Tel.:

Aantal bezoeken per dag / per week:

Gezinshulp: Ja / Neen

Naam + Tel.:

Aantal bezoeken per dag / per week:

Poetshulp: Ja / Neen

Naam + Tel.:

Aantal bezoeken per dag / per week:

Warme maaltijden: Ja / Neen

Aantal per week:

Andere:

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

WELKE HULPMIDDELEN GEBRUIKT U REEDS? (vb. Loopstok, rollator, tilliften, ...)

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

4. MEDISCHE GEGEVENS (in te vullen door de huisarts)

MEDISCHE VOORGESCHIEDENIS / ALLERGIEËN:

HUIDIGE ZIEKTEBEELDEN / DIAGNOSE:

*Indien van toepassing: diagnose dementie gesteld door specialist op (datum)
(Gelieve de verslagen in bijlage toe te voegen)*

HUIDIGE MEDICATIE:

KLINISCH ONDERZOEK:

- Hartritme:
- Bloeddruk:
- Bijzonderheden:

IMPLANTATEN:

- Pacemaker Kleppen Gewrichtsprothesen Stimulatoren
- Andere:

TOEGEDIENDE VACCINATIES:

- | | | | |
|---|--------|---------|--------|
| <input type="checkbox"/> Covid19-vaccin | Merk: | Aantal: | Datum: |
| <input type="checkbox"/> Griepvaccin | Datum: | | |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokkenvaccin | Datum: | | |
| <input type="checkbox"/> Andere: | Datum: | | |

DIEET:

Ja / Neen

vetarm suikervrij zoutarm ander:

ANDERE:

Ergotherapie:

Kinétherapie:

Logopedie:

MMSE: (kopie bezorgen aan de sociale dienst)

Datum afname:

Resultaat: / 30

Vorm van dementie:

ANDERE BIJZONDERHEDEN:

(MRSA: datum – resultaat – behandeling – stadium van behandeling ; O² therapie ;)

.....

Handtekening, datum en stempel huisarts:

5. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS (in te vullen door de verpleegkundige of huisarts)

FYSIEK

Vallen: Nooit Soms Dikwijls

Beschermende maatregelen (fixatie):

Dag Nacht

Welke:

.....
.....

Reden:

.....
.....

Wondzorg / Decubitus:

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

Voeding:

Eetlust: Goed Slecht

Specifieke aandachtspunten:

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

Varia:

Hoorapparaat: Links Rechts Geen

Bril / lenzen: Lezen Ver Geen

Tandprothese: Boven Onder Geen

Sonde: Maag Urine Geen

PSYCHISCH

Persoon is verward: Ja Neen Af en toe

Persoon is aanspreekbaar:

- Werkelijk contact
- Aanspreekbaar
- Begrijpt toegespeelde informatie
- Gaat sociaal om met anderen
- Kan zich moeilijk uitdrukken
- Kan zich niet uitdrukken
- Geen contact mogelijk

Gedrag:

- Niet storend Licht storend Sterk storend
- Verbale agressie Fysieke agressie
- Voortdurende onrust
- Loopt veel rond
- Wegloopgedrag
- Totaal in zichzelf gekeerd
- Onwelvoeglijk gedrag
- Roepgedrag

Oriëntatie:

Ruimte

- Volledig georiënteerd Volledig gedesoriënteerd
- Enkel in eigen woning / op eigen woongroep Enkel in eigen kamer
- Vindt zonder hulp kamer / bed / toilet niet

Persoon

- Volledig georiënteerd Volledig gedesoriënteerd
- Kent zichzelf bij naam Kent familie bij naam
- Herkent personeel / anderen

Tijd

- Volledig georiënteerd Volledig gedesoriënteerd
- Gedesoriënteerd dag / maand / jaar Omkering dag / nacht
- Gedesoriënteerd uur / dag

Formulier indicatiestelling

ZG/WEL-190101

Dit formulier is een toepassing van het besluit van de Vlaamse Regering van 30 november 2018 houdende de uitvoering van het decreet van 18 mei 2018 houdende de Vlaamse sociale bescherming.

Dit formulier dient gebruikt te worden om de afhankelijkheid van een bewoner in een WZC of CVK of een persoon die gebruik maakt van een DVC aan te tonen.

ALGEMENE GEGEVENS

	Naam	
	Voornaam	
	INSZ-nummer	
	HCO-nummer van de voorziening	3693
	Naam voorziening	Sint-Jozef te Wiekevorst
	Begindatum van de geldigheid van de indicatiestelling	Dag
		Maand
		Jaar

INDICATIESTELLING

A. Fysieke afhankelijkheid

criterium	Score	1	2	3	4
Zich wassen	<i>Kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel</i>	<i>Moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel</i>
Zich kleden	<i>Kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)</i>	<i>Heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel</i>	<i>Moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel</i>
Transfer en verplaatsingen	<i>Is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanisch(e) hulpmiddel(en) of hulp van derden</i>	<i>Is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanisch(e) hulpmiddel(en), (kruk(ken), rolstoel,)</i>	<i>Heeft volstrekte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers of zijn verplaatsingen</i>	<i>Is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen</i>
Toiletbezoek	<i>Kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen</i>	<i>Heeft hulp nodig voor één van de drie items: zich verplaatsen zich kleden zich reinigen</i>	<i>Heeft hulp nodig voor twee van de drie items: zich verplaatsen zich kleden zich reinigen</i>	<i>Heeft hulp nodig voor de drie items: zich verplaatsen zich kleden zich reinigen</i>
Continentie	<i>Is continent voor urine en faeces</i>	<i>Is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstaars)</i>	<i>Is incontinent voor urine (inclusief mictietraining) of voor faeces</i>	<i>Is incontinent voor urine en faeces</i>

Eten	<i>Kan alleen eten en drinken</i>	<i>Heeft vooral hulp nodig om te eten of te drinken</i>	<i>Heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken</i>	<i>Is volledig afhankelijk om te eten of te drinken</i>
------	-------	-----------------------------------	---	--	---

B. Psychische afhankelijkheid

Voor het aantonen van de psychische afhankelijkheid moet ofwel:

- de score op de criteria tijd en ruimte worden ingevuld
- de datum van het diagnostisch bilan dementie worden ingevuld.

Criteria	Score	1	2	3	4
Tijd	<i>Geen probleem</i>	<i>Nu en dan, zelden een probleem</i>	<i>Bijna elke dag een probleem</i>	<i>Volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren</i>
Plaats	<i>Geen probleem</i>	<i>Nu en dan, zelden een probleem</i>	<i>Bijna elke dag een probleem</i>	<i>Volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren</i>

OF

Diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van

Dag Maand Jaar

OMSTANDIG VERSLAG

Omstandig verslag met de redenen die de wijziging van de afhankelijkheids categorie rechtvaardigen:

.....

ONDERTEKENING

De handtekening van de behandelend art is vereist indien:

- de datum van het diagnostisch bilan dementie wordt ingevuld
- er een wijziging is in de afhankelijkheids categorie binnen de zes maanden volgend op de beslissing tot aanpassing van de afhankelijkheids categorie na controle door de Zorgkassencommissie

Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige	Datum	Handtekening
Naam:	Dag Maan Jaar d 	
Naam en RIZIV-nummer behandelend arts	Datum	Handtekening
Naam:	Dag Maand Jaar	
Riziv-nr:		

