

ZORGFORMULIER EN MEDISCH ATTEST KORTVERBLIJF en INDIVIDUELE VAKANTIE

Gelieve dit document zo snel mogelijk terug te sturen ter attentie van Zorgverblijf Hooidonk, Langestraat 170 te 2240 Zandhoven.

Indien u voor het verblijf nog informatie wenst door te geven aan de verpleegkundigen van Zorgverblijf Hooidonk kan u telefonisch contact opnemen op het nummer 03/320.28.15.

Gegevens door u in te vullen

Identificatiegegevens

Kleef hier een gele klever van de mutualiteit

Verblijfsperiode : _____

Naam en voornaam : _____
 Adres : _____
 Telefoon : _____
 Lidnummer mutualiteit : _____ Verbond CM: _____

Tel.nummer contactpersoon : _____
 E-mail contactpersoon : _____
 Naam huisarts : _____
 Telefoonnummer huisarts : _____

Gegevens bestemd voor het zorgteam

1. Maakt u gebruik van bepaalde hulpmiddelen? Zo ja, welke ?

2. Hebt u hulp nodig bij de dagelijkse verzorging? Duidt aan welke hulp nodig is.

- | | | | |
|-----------------------|---|--|---|
| ● Wassen | <input type="checkbox"/> volledige hulp | <input type="checkbox"/> gedeeltelijke hulp | <input type="checkbox"/> geen hulp nodig |
| ● Kleden | <input type="checkbox"/> volledige hulp | <input type="checkbox"/> gedeeltelijke hulp | <input type="checkbox"/> geen hulp nodig |
| ● Verplaatsen | <input type="checkbox"/> volledige hulp | <input type="checkbox"/> gedeeltelijke hulp | <input type="checkbox"/> geen hulp nodig |
| ● Toiletbezoek | <input type="checkbox"/> volledige hulp | <input type="checkbox"/> gedeeltelijke hulp | <input type="checkbox"/> geen hulp nodig |
| ● Eten | <input type="checkbox"/> volledige hulp | <input type="checkbox"/> gedeeltelijke hulp | <input type="checkbox"/> geen hulp nodig |
| ● Continentie | <input type="checkbox"/> geen probleem | <input type="checkbox"/> accidenteel incontinent | <input type="checkbox"/> volledig incontinent |
| ● Woonsituatie | <input type="checkbox"/> samenwonend | <input type="checkbox"/> alleenwonend | |

3. Hebt u verpleegkundige verzorging (o.a. insputing, wondzorg) nodig, breng dan een voorschrift mee van uw behandelende arts.

4. Indien u zuurstof nodig heeft tijdens het verblijf, moet u de zuurstof zelf voorzien. Hiervoor contacteert u best uw apotheek.

5. Medicatie

Gelieve voldoende medicatie te voorzien voor het ganse verblijf.

Bij gebruik van medicatie met goedkeuring van de medisch adviseur, graag een kopie van het goedkeuringsattest.

Medicatieoediening: door verpleging in eigen beheer

Gegevens in te vullen door uw behandelende arts

1. Belangrijke medische antecedenten en relevante gegevens omtrent de huidige situatie
 (U kan eventueel een verslag in bijlage toevoegen)

2. Bijzonderheden

- Gekende allergieën _____
 Psychische toestand Normaal _____
 Dementie storend/niet-storend _____
 Depressie _____
 Verslavingsproblematiek _____

- Te volgen dieet. Welk? _____

Indien van toepassing, speciale voedingen vermelden

- Zuurstoftherapie. Zo ja aantal liter/minuut _____

- Verpleegkundige zorgen (o.a. inspuiting, wondzorg).
Zo ja, gelieve een voorschrift mee te geven

- Dialyse. Zo ja, regeling met dialysecentrum doorgeven.

- Kinesitherapie . Zo ja, gelieve een voorschrift mee te geven.

- Andere bijkomende opmerkingen

3. Medicatie

3.1. Gelieve een recent medicatieschema mee te geven (u kan hiervoor de bijlage gebruiken).

3.2. Bij gebruik van bloedverdunnende medicatie, graag het te volgen schema bijvoegen en frequentie van bloedname vermelden.

3.3. Bijzondere aandacht voor insuline. Indien van toepassing een aanpassingsschema meegeven.

- patiënt heeft zorgtraject diabetes
 patiënt heeft goedkeuring in kader van diabetesconventie

Datum en handtekening

Stempel arts

Medicatieschema

Naam :						
Datum	Beschrijving	Dosage	8u	12u	18u	20u
anti stolling						
inspuitingen						
s.c.						
i.m.						
datum : / /			stempel + handtekening arts			