

Vragenlijst voor de patiënt bij opname

Naam patiënt:

Geboortedatum:

(of identificatieklever)

Gelieve deze vragenlijst zo volledig mogelijk in te vullen. Het brengt ons in de mogelijkheid met een aantal verwachtingen rekening te houden en een ontslag uit het ziekenhuis reeds optimaal voor te bereiden. Wilt u de ingevulde vragenlijst zo snel mogelijk en ten laatste binnen de 24 uur bezorgen aan de verpleegkundige van de afdeling?

(Moeder)taal:
Gekende allergieën:
Geloofsovertuiging: **Wenst u een vertegenwoordiger ?** O ja O neen

Contactpersoon 1:	Contactpersoon 2:
Naam:	Naam:
Verwantschap:	Verwantschap:
Telefoon:	Telefoon:
Adres:	Adres:

Woonsituatie: <input type="radio"/> alleenwonend <input type="radio"/> samenwonend met partner/ kinderen <input type="radio"/> serviceflat/ rusthuis <input type="radio"/> andere residentie	Indien wonende in een rusthuis of een andere residentie Gelieve de naam en het adres hier te noteren:
---	---

Is er reeds thuiszorg ingeschakeld? O ja O neen

O Hulp van familie voor: dagen / week
 O Thuisverpleging door: dagen / week
 O Maaltijden aan huis door: dagen / week
 O Poetsdienst door: dagen / week
 O Gezins- of bejaardenhulp door: dagen / week
 O Kinesithérapie: dagen / week
 O Andere: dagen / week

Is er tussenkomst sociale dienst gewenst? O ja O neen
 Geef eventueel de reden:

Gewicht: kg Lengte: cm Is er verminderde eetlust? O ja O neen Is er sprake van vermagering de laatste 3 maanden? O ja O neen Volgt u een dieet? O neen O ja Soort dieet:	Voedselconsistentie: <input type="radio"/> normaal <input type="radio"/> gemalen vlees <input type="radio"/> alles gemixt Slikproblemen: <input type="radio"/> neen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> gebruik indikkingsmiddel Sondevoeding: <input type="radio"/> neen <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> via
---	---

Neemt de patiënt thuis medicatie? Gelieve in dat geval een nauwkeurig lijstje bij te voegen* (of de preoperatieve vragenlijst in geval van een geplande operatie / of het medicatiezakje).

*met minstens **naam geneesmiddel** (= naam op de verpakking), **wijze toediening** (tablet, spuit, siroop), **dosis** (mg, ml ...), **innametijd** (ochtend – middag – avond – voor slapen)

Ook de medicatie zonder voorschrift (kruiden, vitaminen) noteren a.u.b.
Breng de geneesmiddelen in originele verpakking mee bij de opname.

Ingevuld door: O patiënt O begeleider O verpleegkundige

Datum: / /

Aanvullende vragen voor 70 plussers

De onderstaande vragen zijn enkel voor patiënten met een leeftijd van 70 jaar of ouder. Deze vragen peilen naar de hulpbehoefte van de patiënt.

<p>Lichamelijke toestand</p> <p>Gehoer: <input type="radio"/> normaal <input type="radio"/> matig <input type="radio"/> slecht <input type="radio"/> doof</p> <p>Ogen: <input type="radio"/> normaal <input type="radio"/> matig <input type="radio"/> slecht <input type="radio"/> blind</p> <p>Spraak: <input type="radio"/> normaal <input type="radio"/> moeilijk te verstaan <input type="radio"/> onverstaanbaar</p>	<p>Gebruikt u hulpmiddelen?</p> <p><input type="checkbox"/> bril</p> <p><input type="checkbox"/> hoorapparaat</p> <p><input type="checkbox"/> kunstgebit</p> <p><input type="checkbox"/> prothese</p> <p><input type="checkbox"/> rolstoel</p> <p><input type="checkbox"/> loophulpmiddel</p> <p><input type="checkbox"/> toiletstoel</p> <p><input type="checkbox"/> toiletverhoger</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Hulpmiddel mee naar ASZ?</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p><input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p>
<p>Infectiescreening (enkel van toepassing voor woonzorgcentra)</p> <p>MRSA: <input type="checkbox"/> niet gescreend <input type="checkbox"/> gescreend (datum) resultaat: <input type="checkbox"/> positief <input type="checkbox"/> negatief</p> <p>CPE: <input type="checkbox"/> niet gescreend <input type="checkbox"/> gescreend (datum) resultaat: <input type="checkbox"/> positief <input type="checkbox"/> negatief</p>		
<p>Activiteiten van het dagelijks leven</p> <p>Zich wassen: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp <input type="checkbox"/> met volledige hulp</p> <p>Zich kleden: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp <input type="checkbox"/> met volledige hulp</p> <p>Toiletbezoek: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> met gedeeltelijke hulp (voor kleden of verplaatsen) <input type="checkbox"/> met volledige hulp</p> <p>Mobiliteit: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> zelfstandig met hulpmiddel <input type="checkbox"/> met hulp <input type="checkbox"/> zetel/rolstoel gebonden <input type="checkbox"/> bedlegerig</p> <p>Continentie: <input type="checkbox"/> kan urine en stoelgang ophouden <input type="checkbox"/> heeft af en toe een ongelukje voor urine of stoelgang (accidenteel incontinent) <input type="checkbox"/> ongewild verlies van urine (incontinent voor urine) <input type="checkbox"/> ongewild verlies van stoelgang (incontinent voor stoelgang)</p> <p>Hulpmiddelen bij incontinentie: <input type="checkbox"/> geen <input type="checkbox"/> inlegverband <input type="checkbox"/> luier <input type="checkbox"/> optrekbroekje</p> <p>Eten: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> hulp bij voorbereiden <input type="checkbox"/> hulp bij eten <input type="checkbox"/> met volledige hulp</p>		
<p>Geheugen</p> <p>Is er sprake van abnormale verwardheid of vergeetachtigheid? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Indien ja: <input type="checkbox"/> soms verward <input type="checkbox"/> steeds verward</p> <p>Is er ooit een periode geweest van abnormale verwardheid die dan weer voorbij ging? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>Kreeg u reeds een geheugenonderzoek? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen Zo ja waar vond dit plaats?</p> <p>Is er sprake van recente gedragsverandering? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen zo ja welke?</p>		
<p>Andere</p> <p>Hoe vaak bent u het afgelopen jaar gevallen?</p> <p>Heeft u hulp van een inwonende partner of familie? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> niet van toepassing (rustoord)</p> <p>Bent u reeds ingeschreven op een wachtlijst van een rustoord? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> niet van toepassing</p> <p>Bent u de afgelopen 3 maanden opgenomen in een ziekenhuis? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen</p> <p>zo ja reden:</p> <p>.....</p> <p>Is er een wilsverklaring? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> niet van toepassing</p> <p>Is er een code therapeutische beperking? <input type="checkbox"/> ja (code) <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/> niet van toepassing</p> <p>Heeft u zelf nog iets te melden? (bijvoorbeeld bepaalde wondzorg)</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		