



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

OPNAMEDOSSIER

BEWONERSGEGEVENS

KLEEFBRIEFJE OA

Een kopie van de identiteitskaart (recto verso) bijvoegen

NAAM :

VOORNAAM :

Sexe : M V X

Burgerlijke staat :

Nationaliteit :

Verblijfsvergunning : JA / NEEN

Geboortedatum-en plaats :

Adres :

Nationaal nummer :

Nummer identiteitskaart :

Mutualiteit :Code tit. : .../...

Taal :

Telefoon :

Contactpersonen :

1)

2)

Email :

Verwantschap :

Herkomst :

Hospitalisatie : JA / NEEN

Wettelijke vertegenwoordiger : JA / NEEN

NAAM en VOORNAAM

Adres :

Verwantschap :

Telefoon :

Email :



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

INFORMATIE OPNAME RESIDENT

Datum en uur van aankomst:

Kamerkeuze : Individueel Gemeenschappelijk (2 bedden)

Tijdelijk verblijf

Langdurig verblijf

Facturatie

Bewindvoerder Ten laste van OCMW

Naam en Voornaam:

Facturatieadres :

Telefoonnummer en e-mail :

Huisarts

Naam en Voornaam:

Adres :

Telefoonnummer en e-mail :

Is hij verwittigd ? ja neen

Heeft de toekomstige resident ermee ingestemd om naar het woonzorgcentrum te komen ?

ja neen

Datum van de aanvraag :

Handtekening

Reden van de aanvraag :

Patiënt gehospitaliseerd : ja neen

Indien ja, in welke instelling en sinds wanneer :

Indien ja, reden van de huidige hospitalisatie :



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

MEDISCHE SITUATIE : In te vullen door een zorgverlener

MEDISCHE – CHIRURGISCHE ANTECEDENTEN :

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

HUIDIGE PATHOLOGIEEN :

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

VOEDING:

Eetstoornissen : ja neen

Zo ja specificieer :

Risico op slikstoornissen : ja neen

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



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

Huidige medicamenteuze behandeling

Om ons in staat te stellen een optimale continuïteit van de geneeskundige verzorging van uw patiënt te waarborgen vragen wij u om dit document zo volledig mogelijk te willen invullen.

Voorgeschreven medicatie (met inbegrip van medicatie voor uitwendig gebruik, sprays, druppels, magistrale bereidingen,...)

Naam van het geneesmiddel	Dosering	Posologie				Indicatie	Eventuele opmerkingen Duur van de behandeling Schema van uitzonderlijke inname...
		Ochtend	Middag	avond	Voor het slapengaan		

Allergieën, intoleranties ? ja neen

.....
.....

Drager van een gekende MRSA? ja neen

Localisatie en type

Naam + handtekening geneesheer :



SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

Bijkomende informatie : *(doorhalen wat niet van toepassing is)*

- Naam vaccin : Naam vaccin:
- Datum 1 : Datum 2 :
- Gewicht:..... Kg Lengte :.....
- Tabac : ja neen
- Alcohol : ja neen
- Diabetes ja neen Type :.....
- Pacemaker : ja neen
- Transfusie : ja neen
- Neurologische letsels : ja neen
- Orthopedische letsels : ja neen
- Onrustig overdag / 's nachts : ja neen
- Agressiviteit overdag / 's nachts : ja neen
- Dwalen overdag / 's nachts : ja neen
- Gedragsproblemen : ja neen

Graad van zelfstandigheid : Katschaal bijvoegen

Huidige zorgen :

.....

.....

.....

.....

Bijzondere zorgen :

.....

.....

.....

.....



SILVA medical asbl-vzw

SCHEUTBOS

Geriatrisch ziekenhuis | Hôpital gériatrique
Woonzorgcentrum | Maison de repos et de soins
Polikliniek | Polyclinique

Uitrusting :

Rolstoel : ja neen

Rollator : ja neen

Prothese : ja neen

Krukken : ja neen

Wandelstok : ja neen

Kunstgebit ja neen

Orthopedisch ja neen

Gehoorapparaat ja neen

Bril ja neen

Naam + handtekening en stempel geneesheer :