VZW ZORGHUIS OOSTENDE

Pater Pirelaan 5

8400 Oostende

**AANVRAAG OPNAME OPOPNAME**

059/44 62 06

ondernemingsnr. 0811.533.672

RPR: Gent afd. Oostende

CONTACTGEGEVENS DOORVERWIJZER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam & Voornaam: |  | |  |
| Functie & Instelling: |  | | |
| Adres: straat en huisnr |  | | |
| postnr en gemeente |  |  | |
| Telefoon: |  | | |
| E-mail: |  | | |

INFORMATIE KANDIDAAT-GAST

FAMILIALE GEGEVENS:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Naam & Voornaam Gast: |  | |  |
| Geslacht: |  | | |
| Geboortedatum: |  | | |
| Adres: straat en huisnr |  | | |
| postnr en gemeente |  |  | |
| Telefoon: |  | | |
| Rijksregisternummer: |  | | |
| Ziekenfonds: |  | | |
| Voorziene datum opname in Zorghuis: |  | | |
| Voorziene duur (dagen) opname: |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| Contactpersoon: | |
| Naam & Voornaam: |  |
| Relatie tot kandidaat-gast: |  |
| Telefoon: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Te verwittigen persoon in geval van nood(indien verschillend van contactpersoon): | |
| Naam & Voornaam: |  |
| Relatie tot kandidaat-gast: |  |
| Telefoon: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Gezinssituatie & huidige woonsituatie: | |
| gehuwd |  |
| alleenstaande |  |
| samenwonend |  |
| relatie, niet samenwonend |  |
| Weduwe/weduwnaar |  |
| aantal kinderen inwonend |  |
| aantal kinderen niet-inwonend |  |

MEDISCHE en SOCIALE GEGEVENS:

Belangrijke mededeling: op de dag van opname dient de gast in het bezit te zijn van een ontslagbrief onder gesloten omslag, opgesteld door de behandelende arts(en), ter attentie van de huisarts of zijn vervanger, met de nodige richtlijnen voor de continuiteit van zijn verzorging. (Art. 113 en 114 van de code van geneeskundige plichtenleer)

ABSOLUUT MEE TE GEVEN met de gast:

* doorverwijsbrief/ontslagbrief
* medicatielijst
* voorschriften voor medicatie, thuisverpleging, kinesitherapie, logopedie
* 3 klevertjes ziekenfonds
* persoonlijke bezittingen, alsook cashgeld & bankkaart

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Behandeling | | |
| Behandelende specialist: | |  |
| postoperatie - datum ingreep: | |  |
| chemotherapie: | datum start therapie: |  |
| (geplande) einddatum: |  |
| Frequentie van de therapie: |  |
| radiotherapie | datum start therapie: |  |
| (geplande) einddatum: |  |
| Frequentie van de therapie: |  |
| geen lopende behandeling meer: | |  |
| bewaring medicatie ( al dan niet in koelkast?): | |  |
| interactie voeding – geneesmiddelen: | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| nevenwerkingen: | |
| nevenwerking: | actie: |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| geplande consultatie(-s): | |
|  |  |

|  |
| --- |
| medicatie: |
| acht u een bijkomend gesprek met onze coordinator nodig i.f.v. de medicatielijst?: |
|  |
| kunt u bijkomende informatie geven i.v.m. onze nodige aandacht voor allergieen, diabetes, epilepsie, andere… |
|  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Mantelzorg | | | | | |
| Beschikbare (mantel)zorg op dit moment: | | | | | |
|  | 24/24 | dagelijks | enkele keren per week | een keer per week | nu en dan |
| Geen |  |  |  |  |  |
| Mantelzorg-samenwonend |  |  |  |  |  |
| mantelzorg-niet samenwonend |  |  |  |  |  |
| vrienden/kennissen/buren |  |  |  |  |  |
| vrijwilligersorganisatie |  |  |  |  |  |
| professionele zorg |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Indien er beroep wordt gedaan op professionele zorg, welke zorg is reeds aanwezig (Belangrijk om de continuïteit te garanderen bij heroriëntatie naar de thuissituatie) | | |
|  | Naam | Telefoonnummer |
| Arts |  |  |
| thuisverpleegkundige |  |  |
| poetshulp |  |  |
| maaltijdbedeling |  |  |
| kinesitherapie |  |  |
| logopedie |  |  |
| andere: |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Motivatie voor opnameverzoek (meerdere redenen mogelijk): | |
| geen of onvoldoende mantelzorg: |  |
| geen beroep willen doen op mogelijke mantelzorg (niet willen belasten): |  |
| tijdelijk ontlasten van mantelzorg: |  |
| thuissituatie niet haalbaar (vb. niet aangepaste woonsituatie, familiale problemen, …): |  |
| psychosociale problematiek (vb. angst bij idee om alleen thuis te zijn: |  |
| veiligheid, onzekerheid omtrent reactie op behandeling: |  |
| andere: |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **mogelijkheden van de gast** | | | |
|  | zelfstandig | gedeeltelijke hulp | volledig geholpen worden |
| zich aankleden |  |  |  |
| zich wassen |  |  |  |
| verplaatsen |  |  |  |
| eten en drinken |  |  |  |
| continentie |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Aandachtspunten (psychosociaal, voeding,..)** |
|  |

INDIEN VAN TOEPASSING GELIEVE EXTRA DOCUMENTEN VIA BIJLAGE TOE TE VOEGEN

**OPGELET: Onze vrijwilligers stellen GEEN zorg- noch verpleegkundige handelingen. Er zijn ook geen verpleegkundigen aanwezig in het Zorghuis. Indien de kandidaat-gast hulp nodig heeft bij wassen, aankleden, e.d. of indien bepaalde gespecialiseerde zorg nodig is dient hiervoor een thuisverpleegkundige te worden aangevraagd**.

Wil hierna aankruisen dat de kandidaat-gast de bijgaande info ontvangen heeft:

* De kandidaat-gast is op de hoogte van de financiële voorwaarden en ondermeer van de volgende huisregels (zoals vermeld in het intern reglement)
* Binnen de muren van het Zorghuis, veranda inbegrepen, geldt een volledig rookverbod. Roken in de tuin is toegelaten.
* Misbruik van drank en medicatie wordt niet getolereerd, evenmin als het gebruik van drugs.
* Gasten zullen met de nodige zorg en respect ontvangen en behandeld worden. Omgekeerd wordt van de gasten ook het nodige respect voor de medewerkers, de vrijwilligers en de andere gasten van het Zorghuis verwacht.