

Gelieve altijd eerst de coördinator van het DVC te contacteren op het tel. nr. 011 49 26 12 (Peer) of 011 49 26 32 (Oudsbergen) of 011 49 00 68 (Leopoldsburg) om te horen of er ruimte is!!!

<b>Naam in te schrijven persoon</b> .....		<b>Rijksregisternr</b> .....	<b>Voorkeur locatie DVC en voorkeur dagen</b> U hebt keuze om meerdere DVC aan te duiden <input type="checkbox"/> DVC Kloosterhof te Oudsbergen <input type="checkbox"/> DVC Sint Antonius te Peer <input type="checkbox"/> DVC De Kiosk te Leopoldsburg <input type="checkbox"/> MA <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> WO <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> VR
<b>Voornaam</b> .....	<b>Roepnaam</b> .....	<b>Geslacht</b> <input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<b>Naam en woonplaats huisarts</b> .....
<b>Geboortedatum</b> / /	<b>Geboorteplaats</b> .....	<b>Burgerlijke staat</b> <input type="checkbox"/> gehuwd <input type="checkbox"/> samenwonend <input type="checkbox"/> alleenstaand <input type="checkbox"/> weduw(e)naar <input type="checkbox"/> gescheiden	<b>Tel. nr. huisarts</b> .....
<b>Huidig adres (straat, nr., postcode, gemeente)</b> ..... .....		<b>Naam en voornaam partner (ook indien overleden)</b> .....	<b>Opmerking</b> Gelieve u ervan te verzekeren dat uw huisarts bereid is om zich te verplaatsen naar het dagverzorgingscentrum tijdens uw verblijf
Sedert (datum): .....		<b>Telefoon:</b> .....	<b>Voorkeur ziekenhuis:</b> .....

<b>INDIEN ER SPRAKE IS VAN BEWINDVOERING OF LASTGEVING:</b>
<b>Naam LASTHEBBER:</b> .....
<b>Adres lasthebber:</b> .....
<b>telefoonnr of GSM:</b> .....
<b>emailadres:</b> .....
<b>Naam BEWINDVOERDER OVER GOEDEREN:</b>
<b>Adres bewindvoerder:</b> .....
<b>telefoonnr of GSM:</b> .....
<b>emailadres:</b> .....
<b>Naam BEWINDVOERDER OVER PERSOON:</b>
<b>Adres bewindvoerder:</b> .....
<b>telefoonnr of GSM:</b> .....
<b>emailadres:</b> .....

<b>Naam evt. VERTROUWENSPERSOON</b> .....
<b>Voornaam</b> .....
<b>Straat en huisnummer</b> .....
<b>Postcode</b> <b>Gemeente</b> .....
<b>telefoonnr of GSM:</b> .....
<b>emailadres:</b> .....

**Opmerking:** dien deze inschrijfbundel in wanneer alle nodige documenten aanwezig zijn. Enkel volledige inschrijfdocumenten worden geregistreerd.

<b>Bijkomende gegevens en documenten noodzakelijk voor een correcte inschrijving:</b> <input type="checkbox"/> Katzschaal en medisch bilan ingevuld en ondertekend door de huisarts of specialist <input type="checkbox"/> Kopie identiteitskaart <input type="checkbox"/> IBANrekeningnummer:..... <input type="checkbox"/> Indien er een bewindvoerder is aangesteld, of lastgeving, kopie van aanstelling bijvoegen <input type="checkbox"/> Adreshistoriek, attest via gemeente verkrijgbaar
<b>Plak hier een klevertje van de mutualiteit</b>
<b>Gedaan te</b> ....., <b>op</b> .../.../.... (datum)
<b>Handtekening in te schrijven persoon:</b> .....
<b>Handtekening evt. bewindvoerder(s)/lasthebber:</b> .....



NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

**A. Schaal (enkel de kolom "Nieuwe score" invullen in geval van eerste evaluatie) :**

CRITERIUM	O score	Nieuwe score	1	2	3	4
ZICH WASSEN			kan zichzelf helemaal wassen zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen boven of onder de gordel	heeft gedeeltelijk hulp nodig om zich te wassen zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te wassen zowel boven als onder de gordel
ZICH KLEDEN			kan zich helemaal aan- en uitkleden zonder enige hulp	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden boven of onder de gordel (zonder rekening te houden met de veters)	heeft gedeeltelijke hulp nodig om zich te kleden zowel boven als onder de gordel	moet volledig worden geholpen om zich te kleden zowel boven als onder de gordel
TRANSFER en VERPLAATSINGEN			is zelfstandig voor de transfer en kan zich volledig zelfstandig verplaatsen zonder mechanische hulpmiddelen) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanische hulpmiddelen) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft voelstrakte hulp van derden nodig voor minstens één van de transfers en/of zijn verplaatsingen	is bedlegerig of zit in een rolstoel en is volledig afhankelijk van anderen om zich te verplaatsen
TOILET-BEZOEK			kan alleen naar het toilet gaan, zich kleden en zich reinigen	heeft hulp nodig voor één van de 3 items: zich verplaatsen of zich kleden of zich reinigen	heeft hulp nodig voor twee van de 3 items: zich verplaatsen en/of zich kleden en/of zich reinigen	heeft hulp nodig voor de 3 items: zich verplaatsen en zich kleden en zich reinigen
CONTINENTIE			is continent voor urine en faeces	is accidenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunsttaars)	is incontinent voor urine (inclusief microtraining) of voor faeces	is incontinent voor urine en faeces
ETEN			kan alleen eten en drinken	heeft vooraf hulp nodig om te eten of te drinken	heeft gedeeltelijk hulp nodig tijdens het eten of drinken	de patiënt is volledig afhankelijk om te eten of te drinken
CRITERIUM			1	2	3	4
TIJD (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)			geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriëteerd of onmogelijk te evalueren

OF: de patiënt heeft een diagnose dementie op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan op datum van .....

Op basis van bovenstaande evaluatie wordt : - categorie O categorie A categorie B categorie C categorie D aangevraagd <sup>(1)</sup> - categorie C categorie Dementie

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd <sup>(2)</sup>

**B. Redenen die de wijziging van de categorie rechtvaardigen (enkel in geval van toename):**

**C. De Geneesheer (vereist indien de categorie D wordt aangevraagd of toename afhankelijkheid minder dan 6 maanden na wijziging schaal tijdens de laatste controle) of de verpleegkundige:**

Naam en Rijksnummer of stempel van de geneesheer:

Handtekening:

Datum:

...../...../.....

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch bilan.

**Aan de geneesheer****MEDISCH BILAN**

Ondergetekende, doctor in de geneeskunde verklaart hiermee de genaamde ..... (naam en voornamen)

.....(straat) .....(straatnr.) ..... (postnr) ..... (woonplaats)

medisch onderzocht te hebben en volgend letsel te hebben vastgesteld.

- Ademhalingsstelsel : Krijgt hij/zij zuurstof toegediend?  
O JA O NEE O SOMS
- Spijsverteringsstelsel :
- Zenuwstelsel : Heeft persoon DNR-CODE? O JA O NEE  
Indien ja, gelieve kopie mee te geven en alvast  
aan te duiden welke:  
O DNR 1  
O DNR 2  
O DNR 3
- Psychische toestand :  
    Neemt de patiënt psycho-actieve geneesmiddelen : ja - neen      Zoja: welke?
- Bloedsomloop : O DNR 3
- Bloeddruk :
- Bewegingsstelsel: Gebruikt hij/zij hulpmiddelen om zich te verplaatsen?  
O JA O NEE O SOMS Zoja of soms, welke?
- Nieren :
- Huid :
- Zintuigen :

**Hoofddiagnose medische gegevens:**

**Indien hoofddiagnose dementie, datum medisch bilan van vaststelling door specialist: .....**

**Medicatiefiche:** gelieve een recente medicatiefiche toe te voegen i.v.m. te geven medicatie in het dagverzorgingscentrum, ook met de evt. indien nodig medicatie

- Bijkomende vragen:**
- Krijgt de patiënt **inspuitingen**? O nee O ja En zoja, welke?
  - Heeft de patiënt een **allergie**? O geen gekend O ja En zoja, welke? O ei O mosterd O pinda O melk (lactose) O schaaldieren  
O lupine O gluten O vis O sesam O sulfiet O soja O weekdieren O selderij O noten O andere allergie: .....
  - Moet de patiënt een **dieet** volgen? O nee O ja En zoja, welk?

Ondergetekende, dokter, verklaart dat betrokkene aan geen enkele besmettelijke ziekte of aandoening lijdt en er geen beletsel is tegen verblijf in het dagverzorgingscentrum.

Het onderzoek werd gedaan te ..... op .....

Handtekening dokter