

<b>Naam in te schrijven persoon</b>		<b>Rijksregisternr</b>	<b>Voorkeur locatie opname</b>
.....		.....	U hebt keuze om meerdere CVK aan te duiden
<b>Voornaam</b>	<b>Roepnaam</b>	<b>Geslacht</b>	<input type="checkbox"/> CVK Kloosterhof te Oudsbergen*
.....	.....	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw	<input type="checkbox"/> CVK Den Boogerd te Hechtel-Eksel*
<b>Geboortedatum</b>	<b>Geboorteplaats</b>	<b>Burgerlijke staat</b>	<input type="checkbox"/> CVK Den Boogerd te Leopoldsburg
/ /	.....	<input type="checkbox"/> gehuwd <input type="checkbox"/> samenwonend <input type="checkbox"/> alleenstaand	<b>Naam, voornaam en woonplaats huisarts</b>
<b>Straat en huisnummer huidig adres</b>		<input type="checkbox"/> weduw(e)naar <input type="checkbox"/> gescheiden	.....
.....		<b>Naam partner (ook indien overleden)</b>	<b>Opmerking</b>
<b>Postcode en gemeente</b>		.....	Gelieve u ervan te verzekeren dat uw huisarts bereid is om zich te verplaatsen naar het centrum van kortverblijf tijdens uw verblijf
<b>Telefoon</b>	<b>Voorkeur ziekenhuis</b>	<b>Voornaam partner (ook indien overleden)</b>	.....
.....	.....	.....	.....

**INDIEN ER SPRAKE IS VAN BEWINDVOERING OF LASTGEVING:**

**Naam LASTHEBBER:** .....

**Adres lasthebber:** .....

**telefoonnr of GSM:** .....

**emailadres:** .....

---

**Naam BEWINDVOERDER OVER GOEDEREN:**

.....

**Adres bewindvoerder:** .....

.....

**telefoonnr of GSM:** .....

**emailadres:** .....

---

**Naam BEWINDVOERDER OVER PERSOON:**

.....

**Adres bewindvoerder:** .....

.....

**telefoonnr of GSM:** .....

**emailadres:** .....

**Naam evt. VERTROUWENSPERSOON**

.....

**Voornaam**

.....

**Straat en huisnummer**

.....

**Postcode**                      **Gemeente**

.....                                      .....

**telefoonnr of GSM:** .....

**emailadres:** .....

**\*OPNAME:** in principe enkel mogelijk op dinsdag, woensdag en donderdag.

**\*ONTSLAG:** in principe enkel mogelijk op zondag, maandag en dinsdag.

**Bijkomende gegevens en documenten noodzakelijk voor een correcte inschrijving:**

Katzschaal en medisch bilan ingevuld en ondertekend door de huisarts of specialist

Kopie identiteitskaart

Indien er een bewindvoerder is aangesteld, of lastgeving, kopie van aanstelling bijvoegen

**O IBAN-rekeningnummer:**.....

**Plak hier een klevertje van de mutualiteit**

---

**Gedaan te** .....,  
 op .../.../....(datum)

**Handtekening in te schrijven persoon:**

.....

**Handtekening evt. lasthebber/bewindvoerder(s):**

.....



NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

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

CRITERIUM	Oude 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 hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft volstrekte 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 accideenteel incontinent voor urine of faeces (inclusief blaassonde of kunstsaars)	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 gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren
PLAATS (2)	geen probleem	nu en dan, zelden probleem	bijna elke dag probleem	volledig gedesoriënteerd of onmogelijk te evalueren

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

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

- een opname in een centrum voor dagverzorging aangevraagd <sup>(1)</sup>

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

**C. De Geneesheer (verisat 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: Naam van de verantwoordelijke verpleegkundige	Datum: ...../...../.....	Handtekening:
--	-----------------------------	---------------

(1) Schrappen wat niet past.

(2) Niet invullen indien de patiënt een diagnose dementie heeft op basis van een gespecialiseerd diagnostisch 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 zuurstof toegediend?  JA  NEE  SOMS
- Spijsverteringsstelsel : Heeft persoon DNR-CODE?  JA  NEE
- Zenuwstelsel : Indien ja, gelieve kopie mee te geven en alvast  
aan te duiden welke:  DNR 1
- Psychische toestand :  DNR 2
- Neemt de patiënt psycho-actieve geneesmiddelen : ja - neen Zoja: welke?  DNR 3
- Bloedsomloop :
- Bloeddruk :
- Bewegingsstelsel: Gebruikt hij/zij hulpmiddelen om zich te verplaatsen?  
 ja  nee  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 centrum voor kortverblijf evenals de indien nodig medicatie en staande orders

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

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

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

Handtekening dokter