

Naam en voornaam in te schrijven persoon	Geslacht O Man O Vrouw	Naam, voornaam en woonplaats huisarts
Geboortedatum en -plaats: / /	Rijksregisternummer:	Voorkeur locatie assistentiewoningen*: O De Perre, J.H. Leynenstraat 11, 3990 Peer O De Zwaen, Rode Kruisstraat 19, 3990 Peer O De Zwaen, Sint-Antoniusstraat 1-15, 3990 Peer O De Bloesem Nieuwstraat 13, 3940 Hechtel-Eksel O De Bloesem Hoekstraat 2, 3940 Hechtel-Eksel O Chazal, De Wittelaan 1, 3970 Leopoldsburg O Eyckerheide, De Wittelaan 6, 3970 Leopoldsburg O 't Heppens Hof, Heidestraat 1, 3971 Heppen O Ter Linden, Pater Bellinxstraat 38, 3582 Beringen
Telefoon/GSM: Huidig adres (straat, nr., postcode, gemeente) sedert (datum):	Burgerlijke staat O gehuwd O samenwonend O alleenstaand O weduw(e)naar O gescheiden	
	Naam en voornaam partner (ook indien overleden)	
	Indien partner overleden: overlijdensdatum	

Naam contactpersoon 1
.....

Voornaam
.....

Straat en huisnummer
.....

Postcode
..... **Gemeente**
.....

Telefoon:
..... **GSM:**
.....

Email:

 Gelieve aan te duiden wat van toepassing is:

is lasthebber van ingeschrevene
 is bewindvoerder over goederen
 is bewindvoerder over persoon
 is vertrouwenspersoon

OPMERKING: kopie van aanstelling bijvoegen!

Naam contactpersoon 2
.....

Voornaam
.....

Straat en huisnummer
.....

Postcode
..... **Gemeente**
.....

Telefoon:
..... **GSM:**
.....

Email:

 Gelieve aan te duiden wat van toepassing is:

is lasthebber van ingeschrevene
 is bewindvoerder over goederen
 is bewindvoerder over persoon
 is vertrouwenspersoon

OPMERKING: kopie van aanstelling bijvoegen!

Ik verkijs ingeschreven te worden op de:
 actieve wachtlijst preventieve wachtlijst
 1 slaapk. 2 slaapk. (enkel in Nieuwstraat, Eksel)

Bijkomende gegevens en documenten noodzakelijk voor een correcte en geldige inschrijving:
 Adreshistoriek, attest via gemeente verkrijgbaar
 Katzschaal ingevuld en ondertekend door huisarts of specialist met evt. datum medisch bilan dementie
 Kopie identiteitskaart

Gedaan te, op .../.../.....(datum)
Handtekening in te schrijven persoon:

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

Plak hier een klevertje van de mutualiteit

NAAM – VOORNAAM :

Rijksregisternummer :

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

CRITERIUM	0 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 aankleden 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 hulpmiddel(en) of hulp van derden	is zelfstandig voor de transfer en voor zijn verplaatsingen, mits het gebruik van mechanische hulpmiddel(en) (kruk(ken), rolstoel,...)	heeft voelstreekte 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 continënt voor urine en faeces	is accidenteel 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 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 Dementie categorie D aangevraagd ⁽¹⁾

- een opmerking in een centrum voor dagverzorging aangevraagd ⁽²⁾

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

C. De Geneesheer (verist 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.