|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| AANVRAAG TOT OPNAME PALLIATIEVE ZORGEENHEID ‘Het Anker’ | | | | | | | | | | | | | |
| **Gelieve steeds telefonisch contact op te nemen met de afdeling (051 23 83 74) vooraleer het document door te sturen.** | | | | | | | | | | | | | |
| Datum aanvraag | |  | | | | | | | | | | | |
| Aanvrager | |  | | | | | | | | | | | |
| Aanvraag van | |  | | thuis | | |  | ziekenhuis | | | |  | andere |
| Behandelend arts | |  | | | | | | | | | | | |
| Kamerkeuze | |  | Individuele kamer | | | | | |  | Tweepatientenkamer | | | |
| Patiëntenbegeleider | |  | | | | | | | tel.: | | | | |
|  | | E-mail: | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Patiëntenidentificatie of identificatieklever | | | | | | | | | | | | | |
|  | Naam en Voornaam: | | | |  | | | | | | | | |
|  | Adres: | | | |  | | | | | | | | |
|  | Geboortedatum: | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Familiale situatie | | | | | | | | | | | | | |
|  | Gehuwd / samenwonend met | | | |  | | | | | | | | |
|  | Inwonend bij | | | |  | | | | | | | | |
|  | Zorginstelling | | | |  | | | | | | | | |
|  | Kinderen | | | | 1) | | | | | | 2) | | |
| 3) | | | | | | 4) | | |
| 5) | | | | | | 6) | | |
|  | Voornaamste contactpersoon | | | |  | | | | | | tel.: | | |
|  | Geloofsovertuiging | | | |  | | | | | | | | |
|  | Aanvullende info | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Thuiszorg | | | | | | | | | | | | | |
|  | Huisarts | | | |  | | | | | | | | |
|  | Thuisverpleging | | | |  | | | | | | | | |
|  | Gezinshulp | | | |  | | | | | | | | |
|  | Palliatieve thuiszorgequipe | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Medische en verpleegkundige informatie | | | | | | | | | | | | | |
|  | Therapiecodering bij aanvraag | | | | |  | | | | | | | |
|  | Diagnose en vermoedelijke prognose | | | | |  | | | | | | | |
|  | Waarheidsmededeling / Ziekte-inzicht / Ziektebeleving / Ziektebeleving familie / … | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| A D L | | | | | | | | | | |
|  | Wassen | |  | zelfstandig |  | gedeeltelijke hulp | | |  | volledige hulp |
|  | Kleden | |  | zelfstandig |  | gedeeltelijke hulp | | |  | volledige hulp |
|  | Verplaatsen | |  | zelfstandig |  | gedeeltelijke hulp | | |  | volledige hulp |
|  |  | |  | hulpmiddelen |  | | | | | |
|  | Transfers | |  | zelfstandig |  | gedeeltelijke hulp | | |  | volledige hulp |
|  | Incontinentie | |  | zelfstandig |  | gedeeltelijke hulp | | |  | volledige hulp |
|  |  | |  | hulpmiddelen |  | | | | | |
| Decubituspreventie | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | |
| Communicatiemogelijkheden | | | | | | | | | | |
|  |  | Geen moeilijkheden | | | | |  | Begripsmoeilijkheden | | |
|  |  | Uitdrukkingsmoeilijkheden | | | | |  | Begrips-en uitdrukkingsmoeilijkheden | | |

**Medicatie info enkel door te geven bij opname**

|  |
| --- |
| Opmerkingen |
|  |

Ingevuld formulier bezorgen op de palliatieve eenheid via

* Fax 051.238003 (pze vermelden)
* E-mail: Bestand – Opslaan en verzenden – Aan: [pze@azdelta.be](http://iportal.azdelta.be/management/hyperlinkloader.aspx?hyperlinkid=03934269-018a-4864-957a-9cfe172c245d)