

## AANVRAAG TOT OPNAME IN MAYERHOF

Gelieve deze formulieren, voor opname, ingevuld terug te bezorgen aan:

Woonzorgcentrum Mayerhof

Sociale dienst

t.a.v. Van de Walle Dominique (woonzorgcentrum)

t.a.v. Sarah Dewael (kortverblijf of assistentiewoning)

Fredericusstraat 89

2640 Mortsel

Tel: 03/460.05.11

Datum van opname:

### 1. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam en voornaam:

Geboorteplaats -en datum:

Adres:

Telefoon:

Burgerlijke staat:  gehuwd  ongehuwd  weduw(e)naar  echtgescheiden

Naam van echtgeno(o)t(e)/partner:

Nationaliteit:

Rijksregisternummer:

Identiteitskaartnummer:

Uitgeoefende functie of beroep:

Contactpersoon 1 (wettelijke vertegenwoordiger):

Naam:

Adres:

E-mailadres:

Telefoon:

Gsm:

Verwantschap:

Contactpersoon 2:

Naam:

Adres:

E-mailadres:

Telefoon:

Gsm:

Verwantschap:

Contactpersoon 3:

Naam:

Adres:

E-mailadres:

Telefoon:

Gsm:

Verwantschap:

Huisarts:

Kinesist

Naam:

Naam:

Adres:

Adres:

Telefoon:

Telefoon:

GSM:

GSM:

Pedicure:

Kapper:

Naam:

Naam:

Telefoon/gsm:

Telefoon/gsm:

Gewenst ziekenhuis:

Gewenste apotheek:  Huisapotheek: ANTVERPIA

Eigen apotheek:

Aan wie dienen de administratieve documenten en facturen opgestuurd te worden?

Naam:

Adres:

Is de toekomstige resident alleenstaand: 0 ja 0 neen

Beheert de resident zijn/haar eigen goederen: 0 ja 0 neen

Is er een voorlopig bewindvoerder aangesteld: 0 ja 0 neen

Zo ja: naam en adres van de bewindvoerder + kopie vonnis:

Mutualiteit:

Naam:

Adres:

Kleefstrookje:

Zorgkas:

Naam:

**2. VRAGENLIJST**

2.1 Familiale gegevens

Naam van de echtgeno(o)t(e):

Zijn/haar geboortedatum:

overlijdensdatum:

Zijn/haar beroep:

Aantal kinderen:

Andere opmerkingen i.v.m. kinderen, kleinkinderen, verwanten , bureu:

2.2 Algemene bijzonderheden

Heeft zij/hij een vroegtijdige zorgplanning: 0 ja 0 neen

Zo ja: voeg een exemplaar toe van de vroegtijdige zorgplanning.

**3. MEDISCH ATTEST (in te vullen door de geneesheer)**

Ondertekende, dokter in de geneeskunde, verklaart hierbij de genaamde,  
geboren

wonende

medisch onderzocht te hebben en het volgende te hebben vastgesteld:

3.1 VOORGESCHIEDENIS

.....  
.....  
.....

3.2 DIAGNOSTIEK

LICHAMELIJK:

-longen en ademhalingswegen:

radiografisch onderzoek borstkas:

-spijsverteringsstelsel:

-hart/bloedvaten/bloeddruk/bloedgroep:

- pace-maker: 0 ja      type:                                      0 neen

-nieren/urinewegen:

-bewegingsstelsel:

-huid/zintuigen:

Andere opmerkingen:

Z.O.Z.

*PSYCHISCH: (gekend geriatrisch bilan sinds )*

### 3.3 HANDICAPS, MISVORMINGEN, FUNCTIONELE BEPERKINGEN EN HULPMIDDELEN

### 3.4 BEHANDELING

*MEDICATIE:*

*DIEET:*

*KINESITHERAPIE:*

*BIJZONDERE AANDACHT VOOR:*

### 3.5 VOORNAAMSTE ZIEKTES EN INGREPEN

*DATUM*

*AARD*

### 3.6 ALLERGIEËN

### 3.7 VACCINATIES

DATUM

AARD

---

---

### 3.8 PSYCHOSOCIALE GEGEVENS

- gedragsverandering:	0 ja	0 neen
- karakter - en persoonlijkheidsverandering:	0 ja	0 neen
- depressief/huilbuien/zelfbeklag:	0 ja	0 neen
- achterdochtig/denkt bestolen te worden:	0 ja	0 neen
- vervlakte emoties, onverschilligheid (t.o.v. familie):	0 ja	0 neen
- uitdrukingsproblemen /spraakmoeilijkheden:	0 ja	0 neen
- geheugenvermindering:	0 ja	0 neen
- veelvuldig rondlopen/zwerven:	0 ja	0 neen
- vluchtgedrag:	0 ja	0 neen
- verzamelzucht:	0 ja	0 neen
- hallucinaties:	0 ja	0 neen
- angstaanvallen/paniek:	0 ja	0 neen
- roepen zonder reden	0 ja	0 neen
0 overdag	0 's nachts	
- nachtelijke onrust	0 ja	0 neen
- vormen van agressief gedrag	0 ja	0 neen
0 verbaal	0 lichamenlijk	

### 3.9 VERKLARING

De patiënt lijdt niet aan een besmettelijke ziekte of aandoening

Te

datum

Gelezen en goedgekeurd

Handtekening en stempel van de behandelende geneesheer: