

AANVRAAG VOOR DAGREVALIDATIE
(gelieve bij intake identiteitskaart mee te brengen)

Administratieve gegevens

Naam: Voornaam: Man Vrouw
Geboortedatum: Geboorteplaats :
Adres:
Telefoonnummer: GSM-nummer :
Rijksregisternummer :
Burgerlijke staat: ongehuwd gehuwd weduw(e)/naar wett. gesch. feit. gesch.
Naam echtgenoot/echtgenote/partner :

Contactpersoon

Naam: Voornaam:
Adres:
Telefoonnummer:

Naam: Voornaam:
Adres:
Telefoonnummer:

Mutualiteit

Benaming:
Adres:
Aansluitingsnummer:
Cg1/cg2:

Verwijzing

Patiënt komt : van thuis van ziekenhuis :
 van :

Ziekenhuisopname sinds:

Behandelende arts :

Reden van opname : ziekte ongeval arbeidsongeval

De beslissing tot opname in de dagrevalidatie kan telefonisch meegedeeld worden aan:

Naam:

Telefoonnummer:

R-nomenclatuur : Ja Neen

Naam patiënt :

Huisarts

Naam :

Adres:

Telefoonnummer:

Sociale gegevens**Woonsituatie** van de patiënt(e) : alleenwonend bij partner rustoord inwonend bij : andere :Welke **ontslagmogelijkheden** voorziet u: naar huis naar familie naar rustoord andere :Welke **initiatieven** werden reeds genomen die voor de toekomst belangrijk zijn en door wie:Indien **thuiszorg** : thuisverpleging poetshulp/gezins- en bejaardenhulp
 warme maaltijden personenalarmsysteem andere :Indien **plaatsing** : naam instelling : privé ocmw datum aanvraag :**Verpleegkundige gegevens** : Ingevuld door : te bereiken op tel.nr. :Heeft de patiënt hulp nodig bij: **wassen:** volledig gedeeltelijk geen
kleden: volledig gedeeltelijk geen
eten: volledig gedeeltelijk geen
uitscheiding: volledig gedeeltelijk geen
transfers: volledig gedeeltelijk geenMobiliteit: zelfstandig met hulpHulpmiddel: T-stok elleboogkruk (1-2) rollator rolwagen (manueel-elektrisch)Is er **incontinentie** voor: urine faecesHeeft de patiënt een : urineverblijfsonde maagsonde (PEG)Heeft de patiënt(e) **decubituswonden**: 1^{ste} graad 2^{de} graad 3^{de} graad
lokalisatie : stuit hiel(en) andere:
 geïnfecteerd niet geïnfecteerd**Gedrag** : normaal verward storend geen contactmogelijkheden
 andere :

Overige belangrijke gegevens :

Naam patiënt :

OP DEZE GEGEVENS IS DE WET VAN 8/12/1992 TOT BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER TEN OPZICHTE VAN DE VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS VAN TOEPASSING.

Revalidatieziekenhuis RevArte
Maatschappij van Kristelijke Liefdadigheid v.z.w.
R.I.Z.I.V. 7/10/236/95
Drie Eikenstraat 659, 2650 Edegem
Tel. 03/210.60.60

Fax. 03/210.60.65

e-mail revarte@revarte.be

Medische gegevens

Antecedenten:

Diagnose + datum:**Prognose:**Revalidatie: mogelijk onmogelijk

Huidige ziekteproblemen en eventuele nosocomiale infecties:

Hoofddindicatie tot opname in het revalidatieziekenhuis :

Voorgestelde behandeling:

Medicatie:

Belangrijk! Voor specialiteiten terugbetaald op advies van de Raadgevend Geneesheer: attest: ja neen in aanvraag

Dieet:

Reeds gestarte behandeling : kinesitherapie ergotherapie logopedie
 psychologische begeleiding/onderzoek andere :Het onderzoek werd gedaan te
door Dr.

Datum:

Handtekening :

OP DEZE GEGEVENS IS DE WET VAN 8/12/1992 TOT BESCHERMING VAN DE PERSOONLIJKE LEVENSSFEER TEN OPZICHTE VAN DE VERWERKING VAN PERSOONSGEGEVENS VAN TOEPASSING.

Revalidatieziekenhuis RevArte
Maatschappij van Kristelijke Liefdadigheid v.z.w.
R.I.Z.I.V. 7/10/236/95
Drie Eikenstraat 659, 2650 Edegem
Tel. 03/210.60.60

Fax. 03/210.60.65

e-mail revarte@revarte.be