

**Ziekenhuisvereniging van Brussel**

Publiekrechtelijke Vereniging onderworpen aan de wet van 8 juillet 1976  
Bryunstraat 1 - 1120 NEDER-OVER-HEEMBEEK  
Algemeen: ☎ 02/477.21.12 Bedbezetting: ☎ 02/477.21.19

Volledig ingevuld te sturen per mail:

[admission.revalidationra@chu-brugmann.be](mailto:admission.revalidationra@chu-brugmann.be)

IDENTIFICATIE	
Betreft de patiënt :	Aanvraag van :
ETIKET PATIËNT	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ziekenhuis :</li> <li>• Dienst :</li> <li>• Contactpersoon :</li> <li>• Tel :</li> <li>• Fax :</li> <li>• Mail :</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taalrol :</li> </ul>	
Type revalidatie :	Bestemming na revalidatie :
<input type="checkbox"/> Locomotrisch <input type="checkbox"/> Cardiopulmonair <input type="checkbox"/> Chronisch sp	<input type="checkbox"/> Terug naar huis <input type="checkbox"/> Plaatsing <input type="checkbox"/> Andere
Gewenste kamer type	<input type="checkbox"/> Privé <input type="checkbox"/> Gemeenschappelijk
Vermoedelijke Transferdatum naar de revalidatie : ..../..../....	

**MEDISCHE GEGEVENS** (in te vullen door de behandelende arts)

- Naam van de geneesheer tijdens hospitalisatie :
- Telefoon :

**Reden van opname :**

- Basis diagnose waarvoor opname :
- Datum waarop patiënt werd gehospitaliseerd :

**Chirurgische ingreep :**

- Type interventie :
- Datum :
- Code RIZIV :

**Toelating om te steunen (indien locomotorische revalidatie)**

- Ja -> volledig    of gedeeltelijk    ..... kg
- Neen -> Steun niet toegelaten gedurende .....

**Antecedenten**



**Zieken :**

Besmettelijke aandoeningen (MRSA, HIV, TBC, C.difficile,...) :  ja;  neen

• Isolatie:  ja;  neen

• Psychische ziekte :  ja;  neen

• Andere :  verwardheid  dementie  vluchtgedrag  storend gedrag

**levensgewoontes :**

•Tabak :  ja  neen

• Alcohol :  ja  neen

• Drugs :  ja  neen

**Medicatielijst :**

NAAM VAN DE MEDICATIE :

POSOLOGIE :

**Therapeutisch Project:**

A	B1	B2	C	D
---	----	----	---	---

**Chemotherapie :**

Voorzien :  ja  neen

Momenteel:  ja  neen

Afgelopen :  ja  neen

**Radiotherapie :**

Voorzien :  ja  neen

Momenteel:  ja  neen

Afgelopen :  ja  neen

**Amyotrophie :**  ja  neen

**Cachexie :**  ja  neen

**Commentaar :**



**PARAMEDISCHE GEGEVENS**

**NURSING**

		JA	NEEN
Continentie	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Stoelgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonde	Urine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nasogastrische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gastrostomie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tracheotomie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zuurstoftherapie	/ Aspiratie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Doorligwonde		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wond zorg	→ locatie : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gips		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Externe fixator		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Slikstoornissen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ondervoeding		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Storend		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verwardheid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medewerking van de patiënt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hygiënische zorg	Zelfstandig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Gedeeltelijk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Volledige hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesitas	Gewicht : .....Kg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toediening medicatie			
	Normaal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Via maagsonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Via spuitpomp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**KINESITHERAPIE / ERGOTHERAPIE**

		JA	NEEN
Mobiliteit	Zelfstandig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Met behulp van wandelstok / krukken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Met behulp van loopkader	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Met behulp van derde : nbr :...	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Volledige hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Rolstoel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orthese	→ omschrijf het type : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Korset		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfert	Autonoom	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Met hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Tillift	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hart- en ademhalingsproblemen :	Krachtinspanning van : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere :	.....		

**Algemene en sociale gegevens**



**Gegevens van de patiënt / Identificatie**

- Naam :
- Voornaam :
- Geboortedatum :
- Burgerlijke stand :
- Adres :

**Oppuntstelling**

- Ziekenfonds/ OCMW/ Verzekering / Andere organisatie :
- .....

- Contactpersoon (familie, vrienden, ....) :

	Contact 1	Contact 2
Naam & voornaam :		
Verwantschap met de patiënt :		
Tel :		

- Voorlopige bewindvoerder :
- .....

- Huisarts :
- .....

**Woonplaats voor hospitalisatie**

- Huis
- Appartement: verdieping:.....
- Rusthuis
- Lift
- Trap
- Alleenwonend
- Samenwonend

- Type thuiszorg :
- Fréquentie :
- Verpleging : .....
- Familiale hulp : .....
- Huishoudelijke hulp : .....
- Warme maaltijden : .....
- Personenalarm : .....

**Contactgegevens van de sociale dienst**

- Naam :
- Tel. direct lijn :
- Fax :
- Mail :