



**AZ JAN PALFIJN
GENT**

**AANVRAAGFORMULIER
OPNAME DAGZIEKENHUIS GERIATRIE**

Identificatie patiënt

Naam en voornaam*:

Adres:

Huisarts*:

Verwijzer*:

Contactgegevens

Naam contactpersoon*:

Telefoonnummer*:

E-mailadres:

Reden opname (vink aan wat van toepassing is, meerdere opties mogelijk)*

<p>Multidisciplinaire evaluatie van</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Incontinentie<input type="checkbox"/> Malnutritie<input type="checkbox"/> Valproblematiek<input type="checkbox"/> Cognitieve problemen, geheugenstoornissen<input type="checkbox"/> Psychosociale problematiek<input type="checkbox"/> Chronische aandoening <p>.....</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Slikstoornissen <p>Revalidatie</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Omschrijving hulpvraag: <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>Uitvoeren van</p> <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Preoperatieve onderzoeken<input type="checkbox"/> Postoperatieve opvolging<input type="checkbox"/> Transfusie, infuustherapie,...<input type="checkbox"/> Plaatsen of vervangen van katheters en sondes<input type="checkbox"/> Wondzorg <p>Andere:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--	--

Aanvullende informatie

Mobiliteit:

- Zelfstandig
- Met hulp en/of hulpmiddel
- Volledig afhankelijk

Dieet:

- Ja
- Neen

Opmerkingen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*** verplicht in te vullen**