

Transferdocument Thuiszorg → Ziekenhuis	AZ Nikolaas				
Naam: _____	Geboortedatum: _____				
Adres: _____					
Contactpersonen (naam, verwantschap en telefoonnummer) _____					
Leefsituatie: alleen <input type="checkbox"/> samenwonend <input type="checkbox"/> (met _____) Bijkomende info: _____					
Huisarts: ~ zie ook: verwijfsbrief en thuismedicatieschema _____					
Wondzorg: (verbandmateriaal + wijze verzorging) _____ _____ _____	Mentale toestand vóór opname: normaal <input type="checkbox"/> apathisch <input type="checkbox"/> depressief <input type="checkbox"/> angstig <input type="checkbox"/> agressief <input type="checkbox"/> geagiteerd <input type="checkbox"/> suf <input type="checkbox"/> coma <input type="checkbox"/> nachtelijke onrust <input type="checkbox"/> vluchtgedrag <input type="checkbox"/> storend gedrag <input type="checkbox"/> desoriëntatie in: tijd <input type="checkbox"/> ruimte <input type="checkbox"/> persoon <input type="checkbox"/> delirium in het verleden <input type="checkbox"/>				
Aandachtspunten:					
Zintuiglijke problemen: _____					
Prothesen: _____					
Andere: (port a cath - pacemaker - pijnpomp - zuurstof,...) _____					
Allergieën: gekend <input type="checkbox"/> niet gekend <input type="checkbox"/> medicatie <input type="checkbox"/> ontsmettingsstof <input type="checkbox"/> huisstof <input type="checkbox"/> voeding <input type="checkbox"/> kleefpleister <input type="checkbox"/> latex <input type="checkbox"/> contraststof <input type="checkbox"/> andere: _____					
Nood aan zorgen vóór opname					
wassen en kleden	volledige hulp	gedeeltelijke hulp	ondersteunende hulp	geen	
mobiliteit	bedrust	zit op	loopt op	met hulp middel	te stimuleren
Gevallen afgelopen 3 maanden: ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>					
voeding	volledige hulp	gedeeltelijke hulp	niets per os	eet alleen	
Recent gewichtsverlies <input type="checkbox"/> Verminderde eetlust <input type="checkbox"/>					
Sondevoeding: _____					
Dieet: _____					
mictie	WC	WC-stoel	sonde	stoma	pamper
					dag <input type="checkbox"/> nacht <input type="checkbox"/>
	incontinentie		urine		stoelgang
	dag <input type="checkbox"/> nacht <input type="checkbox"/>		dag <input type="checkbox"/> nacht <input type="checkbox"/>		dag <input type="checkbox"/> nacht <input type="checkbox"/>
Zorgbemiddelaar: _____					
Thuiszorgteam te plannen: ja <input type="checkbox"/> neen <input type="checkbox"/>					
Op wachtlijst WZC: _____					
Info vroegtijdige zorgplanning: _____					
Bijkomende info / Opmerkingen: _____					

Ingevuld door:

Datum: