

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	gedeelteelijke 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	gedeelteelijke 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"/>
Bijkomende info / Opmerkingen: _____					

Professionele hulpverleners:
 ~ Naam / organisatie - telefoon - frequentie

Zorgbemiddelaar: _____

Thuiszorgteam te plannen: ja neen

Op wachtlijst WZC: _____

Info vroegtijdige zorgplanning: _____