



# Jan Palfijn

ALGEMEEN ZIEKENHUIS  
GENT

AZ JAN PALFIJN GENT AV  
SITE 1 WATERSPORTBAAN  
Henri Dunantlaan 5  
9000 GENT  
Telefoon 09 224 71 11  
Fax 09 224 70 42  
Fax Sociale Dienst 09 224 81 09

Aanvraag      Sp- neuro  
                    Sp-Cardio-pulmonair  
                    Psycho-geriatrie

## AANVRAAG TOT OPNAME

AFZENDER .....

Faxnr van verzender .....

BETREFT            dhr./mevr. ....

DATUM ..... / ..... / .....

Aantal pagina's in bijlage .....

Gelieve een recente KATZ-schaal standaard in bijlage toe te voegen bij de aanvraag.



# Jan Palfijn

ALGEMEEN ZIEKENHUIS  
GENT

## ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

Naam en Voornaam : .....

Geboortedatum : .....

Adres : .....

.....

Burgerlijke staat                    ongehuwd      gehuwd      gescheiden      weduwe/weduwenaar

Mutualiteitgegevens : .....

Opnamedatum hospitalisatie: .....

Huisarts : .....

Contactperso(o)nen : .....

.....

.....

Kamerkeuze:                    4-persoons                    2-persoons                    1-persoons

Het ontslag is mogelijk vanaf:      datum: .....



# Jan Palfijn

ALGEMEEN ZIEKENHUIS  
GENT

## SOCIALE GEGEVENS

### Woonsituatie voor ziekenhuisopname

met partner                      alleen wonend                      inwonend bij .....

instelling: .....

### Thuishulp voor opname:

Bejaardenhulp/Poetsdienst      dienst/frequentie.....

Warme maaltijden                      dienst/frequentie.....

Thuisverpleging                      dienst/frequentie.....

.....      dienst/frequentie.....

Planning na ontslag: .....

naar huis                                      rusthuis                                      palliatie

naar huis met hulp                                      RVT                                      .....

ev. te plannen woningaanpassingen: .....

plaatsing in rusthuis/RVT

zelfbetalende /OCMW tussenkomst:

datum aanvraag bevoegd OCMW:.....

datum akkoord OCMW raad:.....

Naam patiënt:.....

staat op wachtlijst (min 4):

.....  
.....

Psychiatrische voorgeschiedenis (opnames, tijdsbesteding, beroep,.....) enkel in te vullen bij  
aanvraag psycho-geriatrie) .....

.....  
.....  
.....

Belangrijke vermeldingen/ aandachtspunten (relaties familie, financiële gegevens,...):

.....  
.....  
.....

Aangevraagde tegemoetkomingen (oa THAB,...):

.....  
.....

datum:.....

naam:.....

tel:.....

Naam patiënt:.....

**MEDISCHE GEGEVENS:**

Indicatie tot opname in Sp/psycho-geriatrie : .....

.....

Evolutie: .....

.....

Prognose: .....

.....

Huidige belangrijke diagnose met functionele weerslag + aanvangdatum:

.....

.....

.....

Bijkomende diagnoses die een belangrijke invloed hebben op de huidige problematiek (chirurgisch en/of internisch) + aanvangdatum:

.....

.....

.....

Vroegere ziekten en operaties (datum) & eventuele weerslag op de huidige conditie van de patiënt:

.....

.....

.....

Antecedenten multiresistentie:

- MRSA : .....

- Andere multiresistentie : .....

- Laatste screening : .....

- Decontaminatie :  ja  neen

Resultaten van recente onderzoeken in bijlage.

datum:.....

naam:.....

Tel:.....

