

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Achternaam Telefoon

Voorletters Mevr. Dhr. E-mail

Adres Geboortedatum

Postcode BSN

Woonplaats ID/Paspoortnr.

Woonsituatie Wel Niet Alleenwonend

THUISZORG

Heeft u op dit moment thuiszorg? Nee Ja, namelijk Huishoudelijke zorg
 Persoonlijke verzorging
 Verpleegkundige zorg

Bij welke thuiszorgorganisatie?

Hoe wordt uw thuiszorg georganiseerd? PGB
 Wijkverpleegkundige indicatie
 Anders
Namelijk

Heeft u een WLZ indicatie? Nee Ja

MEDISCHE GEGEVENS

Graag ontvangen wij de volgende gegevens: Huisarts: samenvatting uit dossier **en / of**
 Overdracht van uit het ziekenhuis bij opname in 'De Kim'

Aard van de ziekte/operatie waarvoor herstellende zorg geïndiceerd wordt:

.....

.....

Andere bijzonderheden zoals gezondheidsproblemen (lichamelijke en/of psychisch), uw sociale situatie, zorg die u al ontvangt

.....

.....

Datum waarop de (eventuele) operatie is gepland

Datum waarop aankomst in 'De Kim' gewenst is

Verblijf in 'De Kim' wordt noodzakelijk geacht voor **dagen / weken**

VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS

PERSOONLIJKE VERZORGING

	Geen	Gedeeltelijk	Volledig
Wassen / douchen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toiletgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders namelijk.....			

VERPLEEGKUNDIGE ZORG

	Geen	Gedeeltelijk	Volledig
Mobiliseren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wond- en / of stomazorg	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicatie begeleiding	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anders namelijk.....			

De KIM verleent geen nachtzorg. Er is wel een verpleegkundige aanwezig voor noodgevallen.

FYSIOTHERAPIE

Heeft u fysiotherapie nodig? Nee Ja Zo ja, denkt u dan aan het meenemen van de machtiging?

DIEET EVENTUEEL OP MEDISCH VOORSCHRIFT

.....

ALLERGIEËN

.....

MEDICATIE Let op! Graag actueel medicatieoverzicht en recepten meegeven.

Naam eigen apotheek..... Telefoon.....

DEZE AANVRAAG WORDT IN OVERLEG GEDAAN MET

Huisarts Specialist Transferafdeling ziekenhuis

Naam..... Naam ziekenhuis.....

Telefoon..... Naam afdeling.....

Indien het transfer of ontslag bureau van het ziekenhuis betrokken is, s.v.p. naam vermelden

Naam specialist / huisarts..... Telefoon..... Pieper.....

Handtekening specialist / huisarts.....

Let op, dit formulier uitsluitend geldig met de handtekening van uw specialist / huisarts.