

## 1. GEZINSSAMENSTELLING:

**Naam van het kind:**..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr: ..... Bus: .....

Postcode:..... Gemeente:.....

Geboorteplaats:..... Geboortedatum: ..... Nat.: .....

Rijksregisternr.:.....

Huidig dag/weekverblijf kind:

- verblijft altijd thuis (dag + nacht)
- verblijft thuis en gaat naar dagopvang: .....
- verblijft thuis en is op semi-internaat: .....
- Internaat/MPI: .....
- Ander: .....
- was voordien al in kortverblijf: .....

### Ouders:

**Naam:**..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr: ..... Bus: .....

Postcode:..... Gemeente:.....

Tel.:..... GSM:..... e-mailadres: .....

Geboorteplaats:..... Geboortedatum: ..... Nat.: .....

Beroep: ..... Zelfstandig / loontrekkend <sup>1</sup>

Voltijdse / deeltijdse betrekking / tijdskrediet/ Werkloos / langdurig ziek / invalide / gepensioneerd / ...<sup>1</sup>

**Naam:**..... Voornaam: .....

Straat: ..... Nr: ..... Bus: .....

Postcode:..... Gemeente:.....

Tel.:..... GSM..... e-mailadres: .....

Geboorteplaats:..... Geboortedatum: ..... Nat.: .....

Beroep: ..... Zelfstandig / loontrekkend

Voltijdse / deeltijdse betrekking / tijdskrediet/ Werkloos / langdurig ziek / invalide / gepensioneerd / ...<sup>1</sup>

### Bijkomende contactpersoon:

**Naam:**..... Voornaam: .....

**Relatie tot kind:** .....Tel/GSM: .....

### Gezinssituatie:

Naam en voornaam andere gezinsleden	Geboortedatum	Studie / beroep

<sup>1</sup> Schrapen wat niet past

## 2. ADMINISTRATIEVE GEGEVENS

### Ziekenhuis waar het dossier van uw kind gekend is:

.....  
Procedure zo uw kind ziek is of een ongeval heeft:

1. Een arts van het revalidatiecentrum komt uw kind in Limmerik nakijken
2. Als uw kind ziek is of een ongeval heeft gehad en er is geen ziekenhuisopname nodig:  
wij bellen u steeds voor overleg : ofwel wordt voorgesteld om het verblijf te onderbreken en gaat het kind naar huis ofwel is dit niet mogelijk en verblijft uw kind verder in Limmerik en wordt het verdere behandelplan met u besproken.
3. Als uw kind ziek is of een ongeval heeft gehad en er is wel een ziekenhuisopname nodig:  
wij bellen u steeds ter informatie en voor overleg :
  - a. Niet dringend: 112 wordt gebeld : deze ziekenwagen rijdt in een eerste fase steeds naar de dichtstbijzijnde spoedgevallendienst nl St Jozef, Malle. In overleg met de spoedarts aldaar wordt uw kind van daaruit doorverwezen naar het ziekenhuis waar het gekend is, indien dit niet mogelijk is, zal dat naar het UZ Antwerpen zijn.
  - b. Dringend: 112 MUG wordt gebeld : in overleg met de begeleidende MUG-arts wordt uw kind zo mogelijk getransfereerd naar het ziekenhuis waar het gekend is. Zo dit niet mogelijk is bepaalt de MUG-arts waar uw kind het veiligst naar toe gebracht wordt.

### Behandelende artsen: (Duidt "O" aan indien arts mag gecontacteerd worden indien nodig)

O Huisarts:..... Tel.....

Adres:.....

O Kinderarts:..... Tel .....

Adres:.....

O Specialisten: ..... Tel .....

Adres: .....

**Verwijzer:** ..... Tel .....

### Kinderbijslagfonds:

Naam: ..... Dossierbeheerder:.....

Adres: ..... Tel .....

Dossiernummer: ..... bijkomende kinderbijslag: neen / ja / aangevraagd <sup>1</sup>

### Allerlei:

Verzekering: .....

V.A.P.H.: .....

Erkenning zorg: .....

Erkenning I.M.B.: .....

Erkenning P.A.B.: .....

→Persoonlijk Assistent: Ouders zelf / Externen<sup>1</sup>: .....

### Laatste opname in ziekenhuis of revalidatie-inrichting

Ziekenhuis of revalidatie-inrichting	Opnamedata	
Naam + adres: .....	Van:	Tot:
.....	.....	.....
Contactpersoon: .....		
Tel/GSM: .....		

Naam + adres: .....	Van:	Tot:
.....		
Contactpersoon: .....		
Tel/GSM: .....		

Verbleef uw kind eerder in Pulderbos-Revalidatiecentrum voor kinderen en jongeren:

Ja, periode(s):.....

!!! Gelieve steeds een recent medisch verslag met probleemlijst en voorgeschiedenis te bezorgenAUB!!!

### 3. MEDISCHE GEGEVENS:

**GEWICHT in kg** .....

**BESCHRIJVING CHRONISCHE AANDOENING/ZIEKTE**

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

**Epilepsie:** JA / NEE

uitlokkende factoren, frequentie aanvallen, omschrijving en duur aanvallen, signalen,....:

.....

- Reden van verblijf:**
- even op adem komen van mantelzorgers / aandacht andere gezinsleden
  - vakantie
  - nachtelijke zorgvraag
  - ziekte ouders
  - verbouwing / verhuis
  - andere: .....

**Mutualiteit:**

Naam: ..... Code<sup>2</sup>: .....

Verbond<sup>3</sup>: ..... Adres: .....

Rechthebbende (zieke):.....Aansluitingsnr.: .....

Gerechtigde (aangeslotene): .....Aansluitingsnr.: .....

**MEDICATIE**

Naam	Dosis	Uur van toediening	Hoe toedienen (per os/sonde, aërosol/puf, IM, SC,IV,...)	Opmerking (Nuchter, voor of na eten, ...)

<sup>1</sup> Schrappen wat niet past

<sup>2</sup> Dit vindt u op uw kleefbriefje: 6 cijfers, gescheiden door een '/', bvb. 101/101

<sup>3</sup> Dit vindt u op uw kleefbriefje: 3 cijfers kenmerkend voor uw ziekenfonds, bvb. 108

**Noodmedicatie (naam, dosis, hoe toedienen):**

.....  
.....

**Medicatie specifiek bij koorts:**

.....  
.....

**SPECIFIEKE MEDISCHE GEGEVENS**

**Allergie:** Welke?

.....  
.....

**Medicatie-inname voor allergie?**

.....  
.....

**Zuurstofapparaat:** vloeibare zuurstof of concentrator (via conventie: welk ziekenhuis – welke firma), gasvormig (=zuurstoffles), oxycure (=concentrator zonder conventie)

.....

**Tracheostomie:** Shiley, I.D. ....mm Portex, I.D. ....mm, Ander: .....

.....

Datum laatste vervanging: .....

**Beademing:**conventie: via welk ziekenhuis, masker, tracheacanule,...

.....

**Verzorging veneuze katheter:** port à cath, Hickman/Broviac, ander

.....

**TPN** (conventie: welk ziekenhuis)

.....

**Wondverzorging**

.....

**PRAKTISCHE ASPECTEN**

**Hulpmiddelen:** Maakt gebruik van: Ligmatras / Zitschaal / Rolstoel

**Spalken:** .....

**Zitten:** gewone of aangepaste stoel

**Buggy:** gewone of aangepaste

**KINESITHERAPIE:**

O: Neen

O: Ja

Naam eigen kinesist: .....

*Toelichting procedure indien uw kind kinesitherapie nodig heeft tijdens zijn/haar verblijf:*

Steeds een geldig voorschrift meebrengen!

*De kosten voor kinesitherapie worden u aangerekend.*

Bepaalde andere **therapieën** die voortgezet moeten worden (welke, bij wie, wanneer):

.....

**MOBILITEIT - MOTORIEK**

.....

.....

**COGNITIEVE ONTWIKKELING** (mentaal niveau, alertheid, geheugen,...)

.....  
.....

**COMMUNICATIEVE ONTWIKKELING/NIVEAU**

(taal, spraak, SMOG, gehoor, woordbegrip, woordenschat, contactname...)

.....  
.....

## 4. VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS:

### **VOEDING – EETGEDRAG**

Zelfstanding / Met Begeleiding

Omschrijf:

.....

Wat en wat niet (algemeen)?

.....

.....

Hoe eet hij/zij thuis (gedrag tijdens het eten)?

.....

.....

Zuig- slikreflex aanwezig?

.....

Specifieke voorkeur/afkeer/ Speciale opmerkingen

.....

.....

### **Sondevoeding**

Wat/Naam?

.....

Hoeveel?

.....

Wanneer?

.....

Hoe (neussonde, maagsonde, gastrostomie/jejunostomie, met pomp)?

.....

Datum laatste vervanging: .....

### **Aangepast dieet**

Wat?/Wat niet?

.....

Hoeveel?

.....

Wanneer?

.....

### **DRINKGEDRAG**

Zelfstanding / Met Begeleiding

Omschrijf:

.....

Wat en wat niet (algemeen)?

.....

.....

Wanneer?

.....

Hoeveel?

.....

Hoe toedienen (teutbeker, plastic beker,...)?

.....

## MONDVERZORGING

**Tanden poetsen:** wanneer en hoe? .....

**Mondhygiëne bij sondevoeding:** wanneer en hoe wordt dit thuis gedaan?

.....

## ZINDELIJKHEID

**Luier:** Ja / Neen

Nummer/maat:.....

**Stoelgang:**

*Hoe (hard, zacht, normaal)?*

.....

*Hoeveel/frequentie?*

.....

*Darmproblemen of andere klachten?*

.....

**Plassen:**

*Frequentie*

.....

*Opmerkingen*

.....

## SLAPEN

**Slaapgewoontes**

*Wanneer (uur 's middags, uur 's avonds) en hoe lang (gemiddeld)?*

.....

*Knuffels*

.....

*Houding*

.....

*Slaapritueel (lichtje, muziek, camera, ...)*

.....

**Speciaal materiaal** ( bed-sponnen, verpleegdeken, Roll Belt, traphekje, aangepaste slaapzak, aangepast bed, ...)

.....

.....

## OPVOEDKUNDIGE GEGEVENS

**Specifiek gedrag**

.....

.....

**Aanpak/Beloningsysteem**

.....

.....

## WAARNEMINGSGEGEVENS

**Basisstemming**

.....

.....

**Pijn** (hoe en welke uiting)

.....

.....  
**Zintuiglijke belangstelling** (rondkijken, luisteren naar geluid, geluid maken, onderzoeken met handen/mond,...)  
.....  
.....

**ACTIVITEITEN EN ZELFREDZAAMHEID**

**Activiteiten**

Voorkeuren (fietsen, wandelen, tv-kijken, actie-reactiespel, speelgoed, andere interesses)  
.....  
.....

Hoelang?  
.....  
.....

Spelgedrag?  
.....  
.....

Concentratie?  
.....  
.....

Conditie/vermoeidheid?  
.....  
.....

Graag alleen/ graag gezelschap  
.....  
.....

**Zelfstandigheid** (bij wassen, eten, aankleden vb. handjes in de mouwen steken, bij wc-bezoek, al dan niet alleen verplaatsingen doen...)  
.....  
.....

**AANVULLINGEN, AANDACHTSPUNTEN, EXTRA OPMERKINGEN, WENSEN OF VRAGEN ?**

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

Tijdens het intake gesprek wordt de algemene werking van limmerik nog toegelicht oa. algemene vrijheidsbeperkende maatregelen (in functie van veiligheid) en de maatregelen op maat van je kind.

Opgemaakt te Zandhoven op: .....

Handtekening:.....