

Gewenste opnamedatum: van: **uur:**

tot: **uur:**

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/school:
- verblijft thuis en is op semi-internaat:
- internaat/MPI:
- ander:
- was voordien al in kortverblijf:

Naam van de vader: **Voornaam:**

Straat: **Nr:** **Bus:**

Postcode: **Gemeente:**

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

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

Beroep: Zelfstandig / loontrekkend ¹

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

Naam van de moeder: **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 / ...¹

¹ Schrappen wat niet past

Gezinssituatie:

Naam en voornaam kinderen	Geboortedatum	Studie / beroep

BEHANDELENDE ARTSEN:

Huisarts:Tel

Adres:

Kinderarts:Tel

Adres:

Specialisten:Tel

Adres:

Verwijzer:Tel

MUTUALITEIT:

Naam: Code²:

Verbond³: Adres:

Rechthebbende (zieke): Aansluitingsnr.:

Gerechtigde (aangeslotene): Aansluitingsnr:

KINDERBIJSLAGFONDS:

Naam: Dossierbeheerder:

Adres: Tel

Dossiernummer: bijkomende kinderbijslag: neen / ja / aangevraagd ⁴

ALLERLEI:

Verzekering:

V.A.P.H.:

Erkenning zorg:

Erkenning I.M.B.⁵:

Erkenning P.A.B.:

➔ welk soort P.A.B.? (onbeperkt, gelimiteerd,...):

² Dit vindt u op uw kleeftbriefje: 6 cijfers, gescheiden door een '/', bvb. 101/101

³ Dit vindt u op uw kleeftbriefje: 3 cijfers kenmerkend voor uw ziekenfonds, bvb. 108

⁴ Schrappen wat niet past

⁵ Individuele Materiële Bijstand

LAATSTE OPNAME IN ZIEKENHUIS OF REVALIDATIE-INRICHTING

Naam + adres ziekenhuis of revalidatie-inrichting	Van	Tot
Contactpersoon: _____ Tel/GSM: _____		
Contactpersoon: _____ Tel/GSM: _____		
Contactpersoon: _____ Tel/GSM: _____		

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

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

Ziekenhuis waar het dossier van uw kind bekend is:

.....

Indien uw kind ziek wordt tijdens zijn/haar verblijf, organiseren wij een consult door een arts. De kosten hiervoor worden aan u aangerekend.

In geval van urgentie contacteren wij de MUG. Uw kind wordt dan opgenomen in AZ Sint-Jozef te Malle. Het dossier van uw kind wordt dan opgevraagd bij bovenvermeld ziekenhuis.

MEDISCHE GEGEVENS

Chronische aandoening/ziekte⁶:

.....

(bij epilepsie: uitlokkende factoren, frequentie aanvallen, omschrijving en duur aanvallen, patroon, signalen,...)

Medicatie

Welke	Dosis	Wanneer	Hoe toedienen (oraal, per os/sonde, aërosolapparaat/puf, intramusculair, subcutaan, intraveneus,,...)	Opmerking

⁶ Oorzaak van aandoening aub vermelden indien van toepassing.

Noodmedicatie (naam, dosis, hoe toedienen):

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

Wat bij ziekte?

Hoe merk je dat hij/zij ziek is?

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

Dit vinden we gewoon/niet onrustwekkend (we mogen afwachten)

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

Dit vinden we ongewoon/wel onrustwekkend (best niet afwachten – verwittigen arts en/of ouders)

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

Wat te doen als hij/zij ziek is?

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

Medicatie bij koorts:

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

Gewicht:kg

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

.....
.....

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

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

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

.....
.....

TPN (conventie: welk ziekenhuis)

.....
.....

Specifieke wondverzorging

.....
.....

Allergie

Welke?

.....

Medicatie-inname voor allergie?

.....

MOBILITEIT - MOTORIEK

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

VOEDING – EETGEDRAG

Sondevoeding

Wat?

.....

Hoeveel?

.....

Wanneer?

.....

Hoe (neussonde, PEG-sonde, Button, gastrostomie/jejunostomie, met pomp)?

.....

Wanneer moeten de leidingen vervangen worden?

.....

Aangepast dieet

Wat?

.....
.....

Wat niet?

.....
.....

Hoeveel?

.....
.....

Wanneer?

.....
.....

Eetgedrag

Wat en wat niet (algemeen)?

.....
.....

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

.....
.....

Zuig- slikreflex aanwezig?

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

Met begeleiding of zonder?

.....

Specifieke voorkeur/afkeer

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

Speciale opmerkingen

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

Drinkgedrag

Wat?

.....
.....

Wanneer?

.....
.....

Hoeveel?

.....
.....

Met begeleiding of zonder?

.....
.....

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

.....
.....

Speciale opmerkingen

.....
.....

MONDVERZORGING

Tanden poetsen: *wanneer en hoe?*

.....
.....

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

.....
.....

ZINDELJKHEID

Luier: ja / neen

Nummer:

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 (netje over bed, bed-sponden, andere)

.....
.....

Opmerkingen

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

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

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

COMMUNICATIEVE ONTWIKKELING/NIVEAU_(taal, spraak, SMOG, gehoor, woordbegrip, woordenschat, contactname...)

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

WAARNEMINGSGEGEVENS

Basisstemming

.....
.....

Pijn (hoe en welke uiting)

.....
.....

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

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

ACTIVITEITEN EN ZELFREDZAAMHEID

Activiteiten

Activiteiten voorkeuren (fietsen, wandelen, zwemmen, 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,...)

.....
.....

OPVOEDKUNDIGE GEGEVENS

Gedrag

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

Aanpak

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

Beloningsysteem

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

PRAKTISCHE ASPECTEN

Maakt **gebruik** van:

- Spalken Ligmatras Zitschaal Rolstoel Driewieler
- Aerosoltoestel Voedingspomp Monitor Beademing

Andere:

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

- Kinesitherapie: Ja
 Neen

Indien ja: naam kinesist (zo eigen kinesist):

- Heeft uw kind E-pathologie
 F-pathologie

Indien uw kind kinesitherapie nodig heeft tijdens zijn/haar verblijf, worden de extra kosten aan u verrekend.
 ! → *Gelieve een voorschrift te bezorgen voor de kinesitherapie van uw kind. Alsook extra gegevens over soort therapie, duur en aantal sessies per week.*

Gewenste **verblijfsperiode**:
.....

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

VISUELE/AUDITIEVE HULPMIDDELEN?

.....

AANVULLINGEN, AANDACHTSPUNTEN, WENSEN OF VRAGEN VAN UWENTWEGE?

.....

Opgemaakt te Zandhoven op.....

Handtekening:.....