Ik ondergetekende, «first\_name» «last\_name», resident(e) op kamer «chambre no»,, geef volmacht aan «community\_name» om de nodige stappen uit te voeren voor mijn woonplaatswijziging naar volgend adres:

«community\_street\_and\_number» «community\_zipcode» «community\_city»

Andere :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Opgemaakt te «community\_city»

Datum\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Handtekening van de bewoner of diens wettelijke vertegenwoordiger

Voorafgegaan door “gelezen en goedgekeurd”

**Bijzondere lastgeving voor de bestelling van geneesmiddelen**

Exemplaar lasthebber

Ik, ondergetekende, **«first\_name» «last\_name»**

verleen hierbij volmacht aan **«Community\_name»** , om voor mij én in mijn naam geneesmiddelen te bestellen in overeenstemming met de reglementering en in het bijzonder met de bepalingen betreffende de lastgeving (artikel 1984 en volgende van het Burgerlijk Wetboek) en de volksgezondheid (Koninklijk Besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor apothekers).

Ik geef toestemming voor het opstarten van een geïndividualiseerde begeleiding en het opstellen van een dossier, genaamd ‘voortgezette farmaceutische zorg’, door de apotheker-titularis van het WZC, teneinde mijn behandeling te verbeteren.

Ik verleen eveneens toestemming aan de apotheker-titularis van het WZC om in het kader van de voortgezette farmaceutische zorg mijn geneesmiddelen en andere producten individueel voor te bereiden (verpakking van mijn geneesmiddelen per dag en per innamemoment) zoals voorzien in het K.B. van 2 september 2012 tot vaststelling van een regeling m.b.t. individuele medicatievoorbereiding.

Deze lastgeving is geldig voor een periode van zes/twaalf maanden, die stilzwijgend verlengd kan worden, zonder dat de duur ervan langer mag zijn dan de periode gedurende welke persoon in de instelling verblijft.

Onderhavige lastgeving kan te allen tijde worden opgezegd door de lastgever of zijn vertegenwoordiger per aangetekend schrijven gericht aan:

«Community\_name»,

t.a.v. de directie

**«community\_street\_and\_number» «community\_zipcode» «community\_city»**

Opgemaakt te **«community\_city»** in drie exemplaren op «contract datum»

(één voor de lastgever, één voor de lasthebber en één voor de apotheker)

Handtekening

Hoedanigheid: gebruiker/bewoner – vertegenwoordiger van de gebruiker/bewoner

(schrappen wat niet past)

**Bijzondere lastgeving voor de bestelling van geneesmiddelen**

Exemplaar apotheker

Ik, ondergetekende, «first\_name» «last\_name»

verleen hierbij volmacht aan «Community\_name» , om voor mij én in mijn naam geneesmiddelen te bestellen in overeenstemming met de reglementering en in het bijzonder met de bepalingen betreffende de lastgeving (artikel 1984 en volgende van het Burgerlijk Wetboek) en de volksgezondheid (Koninklijk Besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor apothekers).

Ik geef toestemming voor het opstarten van een geïndividualiseerde begeleiding en het opstellen van een dossier, genaamd ‘voortgezette farmaceutische zorg’, door de apotheker-titularis van het WZC, teneinde mijn behandeling te verbeteren.

Ik verleen eveneens toestemming aan de apotheker-titularis van het WZC om in het kader van de voortgezette farmaceutische zorg mijn geneesmiddelen en andere producten individueel voor te bereiden (verpakking van mijn geneesmiddelen per dag en per innamemoment) zoals voorzien in het K.B. van 2 september 2012 tot vaststelling van een regeling m.b.t. individuele medicatievoorbereiding.

Deze lastgeving is geldig voor een periode van zes/twaalf maanden, die stilzwijgend verlengd kan worden, zonder dat de duur ervan langer mag zijn dan de periode gedurende welke persoon in de instelling verblijft.

Onderhavige lastgeving kan te allen tijde worden opgezegd door de lastgever of zijn vertegenwoordiger per aangetekend schrijven gericht aan:

«Community\_name»,

t.a.v. de directie

«community\_street\_and\_number» «community\_zipcode» «community\_city»

Opgemaakt te «community\_city» in drie exemplaren op «contract datum»

(één voor de lastgever, één voor de lasthebber en één voor de apotheker)

Handtekening

Hoedanigheid: gebruiker/bewoner – vertegenwoordiger van de gebruiker/bewoner

schrappen wat niet past)

**Bijzondere lastgeving voor de bestelling van geneesmiddelen**

Exemplaar lastgever

Ik, ondergetekende, «first\_name» «last\_name»

verleen hierbij volmacht aan «Community\_name» , om voor mij én in mijn naam geneesmiddelen te bestellen in overeenstemming met de reglementering en in het bijzonder met de bepalingen betreffende de lastgeving (artikel 1984 en volgende van het Burgerlijk Wetboek) en de volksgezondheid (Koninklijk Besluit van 21 januari 2009 houdende onderrichtingen voor apothekers).

Ik geef toestemming voor het opstarten van een geïndividualiseerde begeleiding en het opstellen van een dossier, genaamd ‘voortgezette farmaceutische zorg’, door de apotheker-titularis van het WZC, teneinde mijn behandeling te verbeteren.

Ik verleen eveneens toestemming aan de apotheker-titularis van het WZC om in het kader van de voortgezette farmaceutische zorg mijn geneesmiddelen en andere producten individueel voor te bereiden (verpakking van mijn geneesmiddelen per dag en per innamemoment) zoals voorzien in het K.B. van 2 september 2012 tot vaststelling van een regeling m.b.t. individuele medicatievoorbereiding.

Deze lastgeving is geldig voor een periode van zes/twaalf maanden, die stilzwijgend verlengd kan worden, zonder dat de duur ervan langer mag zijn dan de periode gedurende welke persoon in de instelling verblijft.

Onderhavige lastgeving kan te allen tijde worden opgezegd door de lastgever of zijn vertegenwoordiger per aangetekend schrijven gericht aan:

«Community\_name»,

t.a.v. de directie

«community\_street\_and\_number» «community\_zipcode» «community\_city»

Opgemaakt te «community\_city» in drie exemplaren op «contract datum»

(één voor de lastgever, één voor de lasthebber en één voor de apotheker)

Handtekening

Hoedanigheid: gebruiker/bewoner – vertegenwoordiger van de gebruiker/bewoner

schrappen wat niet past)

**Anamnese – informatie voor het levensboekje**

**«first\_name» «last\_name»** Kamer: «kamernummer» Opnamedatum: «opnamedatum»

De bedoeling van deze vragenlijst is, u beter te leren kennen en om op die manier de zorg zo goed mogelijk af te stemmen op uw behoeften.

Administratieve gegevens

1.1. Identificatie + boekje Memorabele Momenten -   
Welkom in mijn wereld (pag 4) en Stamboom (pag 5)

Adres «street\_and\_number» «zipcode» «city»

……………………………………………………………………………………………………

Hoe wenst u aangesproken te worden?

……………………………………………………………………………………………………

Welke taal spreekt u? ……………………………………………………………………………………………………

Burgerlijke stand: O ongehuwd

O gehuwd met:

Naam: ……………………………………..…………

Voornaam: ……………………………………..…………

Geboren op: ……………………………………..…………

O gescheiden

O weduwe(naar) van: ....……………………………………………..

Overleden op: ……………………………………..…………

Aantal kinderen: O dochters: ……………………………………..…………

Naam: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

O zonen: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

Naam: ………………………………………..………

1.2. Huidige woonsituatie

O Thuis / alleenwonend

O Inwonend bij:   
O Andere:

Kreeg/krijgt u hulp bij het huishouden? Zo ja, van wie?

O Thuisverpleging

O Gezins- en bejaardenhulp

O Poetshulp

O Andere: ………………………………..………………………

1.3. Mutualiteit – zorgverzekering - zorgkas

Klever mutualiteit

Bij welke zorgkas bent u aangesloten? …………………………………………………………

Heeft u een bijkomende hospitalisatieverzekering? O Ja O Neen

1.4. Facturatiegegevens

**Facturatiegegevens**

Naam:

Adres:

Verwantschap:

Telefoon:

GSM:

E-mail:

1. Medische contactgegevens

2.1. Huisarts

Naam: «geneesheer naam» «geneesheer voornaam»

Adres:

Telefoon:

2.2. Voorkeur ziekenhuis

Naam: «ziekenhuis naam»

Adres:

Telefoon:

Let wel, bij dringende hospitalisatie rijdt de ziekenwagen naar het dichtstbijzijnde ziekenhuis.

2.3. Raadplegingen

Zou iemand van de familie bereid zijn u te begeleiden bij een medisch onderzoek? O Ja

O Neen

Zo ja, wie? ………………………………..………………………………………………………………

1. Familiale gegevens

Hoeveel broers en/of zussen heeft u?

Hoeveel van hen zijn nog in leven?

Waren/zijn er specifieke gezondheidsklachten in de familie?

1. Levensloop - boekje Memorabele Momenten (pag. 7 tot 23)

**Dit zijn de mooie momenten uit mijn jonge jaren**

* Herinneringen en hoogtepunten uit mijn jeugd (pag 8 - 13)
* Verliefd, verloofd, getrouwd en daarna (pag 14 – 15)
* Mijn werkende leven (pag. 16 – 17)
* Mijn vrije tijd (pag 18 – 19)
* Ik ben trots op (pag. 20 – 23)

Mijn nieuwe leven in het WZC –   
boekje Memorabele Momenten (pag 26 – 39)

**Zo ziet mijn ideale dag er uit (pag 26)**

Rond welk uur staat u op?

Bent u een ochtendmens?

Doet u een middagdutje?

Rond welk uur gaat u slapen?

Zijn er bepaalde activiteiten voor het slapengaan?

Slaapt u goed?

**Ik word goed verzorgd wanneer (pag 27)**

Katzschaal invullen (apart document)

Hoe vaak gaat u naar de kapper?

Worden uw voeten verzorgd door een pedicure?

**Mijn favorieten (pag 28)**

**Eten en drinken**

Boekje Memorabele momenten pag 28

Volgt u een dieet of zijn er specifieke voedingsvoorschriften?

O Neen

O Ja O Zoutarm

O Arm aan verzadigde vetzuren (AVVZ)

O Maag-darm-sparend

O Diabetes (suikervrij)

O Calorie beperkend

O Sondevoeding

O Bijvoeding

O Voedingssupplementen

Gebruikt u hulpmiddelen om te eten en/of te drinken?

O Ja

O Neen

Heeft u een tandprothese?

O Boven

O Onder

Heeft u problemen met uw tandprothese?

O Neen

O Ja

**In deze omgeving ben ik graag (pag 30)**

Wenst u internetaansluiting op uw kamer?

O Ja

O Neen

Wenst u telefoon op uw kamer?

O Ja

O Neen

Wie zorgt voor uw persoonlijke was?

**Samen met anderen (pag 31)**

Gezondheid en me goed voelen – Memorabele Momenten pag 36 - 37

Rookt u? Ja/Nee (schrappen wat niet past)

Zo ja. Wat rookt u?

Hoeveel rookt u?

Ziet u nog goed?

Heeft u een bril?

Hoort u nog goed?

Heeft u een hoorapparaat?

Hoe is uw geheugen?

Is er de afgelopen periode sprake van gewichtsverlies of gewichtstoename? Zo ja, hoeveel?

Heeft u gezondheidsproblemen?

Bent u de laatste 3 jaren opgenomen in een algemeen en/of psychiatrisch ziekenhuis? Zo ja, wanneer en waarom?

Was u al eerder opgenomen in een dagverzorgingscentrum, een centrum voor kortverblijf en/of woonzorgcentrum? Zo ja, wanneer en waarom?

1. Mijn mooiste herinneringen – Memorabele Momenten pag 38 – 39

**Checklist opnamedossier**

Naam bewoner: **«first\_name» «last\_name»**

**Verplichte documenten**

* Opnameovereenkomst
* Interne afsprakennota
* Verzekeringen
* Lastgeving bestelling geneesmiddelen
* Verwerking persoonsgegevens
* Akkoord gebruik foto- en beeldmateriaal
* Lijst contactpersonen
* Plaatsbeschrijving kamer
* Mandaat SEPA
* Anamnese – boekje Memorabele Momenten
* Registratiedocument fixatie


* Kopie zorgverzekering
  + Enkel verblijfsattest (Aanvraagformulier in principe niet meer nodig!)
  + Origineel opsturen naar zorgkas
* Kopie identiteitskaart – Kopie bankkaart
* Identiteitskaart voor apotheek

**Te regelen:**

* Aanvraag tegemoetkoming RIZIV
* katz-schaal (+ evt. MMSE): aftekenen HVP
* Betalingswijze: via domiciliering of overschrijving
  + Domiciliëring: formulier invullen (handtekening + rek.nr) en opsturen naar de Bank
* Wasserij: JA - NEEN
  + Labels kledij bestellen

Voornaam: «first\_name»

Naam: «last\_name»

Kamer/Flat: «kamernummer»

Telefoonnummer 1: «phone\_number» Telefoonnummer 2: «cellphone\_number»

Email: «bewoner email»

Geboortedatum: «birthdate» Geboorteplaats «bewoner geboorteplaats»

Rijksregisternummer: «Bewoner rijksregisternummer»

**HUISARTS :**

Naam : «geneesheer naam» «geneesheer voornaam»

Adres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Telefoon : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Komt de huisarts regelmatig? . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**CONTACTPERSONEN:** *(1ste persoon is urgentieadres)*

Naam : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Relatie: . . . . . . . . . .

Adres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 1: . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 2: . . . . . . . . . .

Naam : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Relatie: . . . . . . . . . .

Adres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 1: . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 2: . . . . . . . . . .

Naam : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Relatie: . . . . . . . . . .

Adres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 1: . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 2: . . . . . . . . . .

Naam : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Relatie: . . . . . . . . . .

Adres : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 1: . . . . . . . . . .

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tel 2: . . . . . . . . . .

Klever Mutualiteit:

Vorig adres: «street\_and\_number» «zipcode» «city»

Nummer identiteitskaart: «bewoner nr identiteitskaart».

Bankrekeningnummer: «bewoner bankrekeningnummer»

Opnamedatum : «opnamedatum» Vertrekdatum : . . . /. . . . /. . . . . . . . Reden van vertrek: . . . . . . . . . . . . . . . . .

De facturen mogen verstuurd worden naar:

* Thuisadres
* Ander: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Zijn er bepaalde medische gegevens die belangrijk zijn voor de hulpverlening? (diabetes, hartfalen, …)

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

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

Wat is je overtuiging?

 Katholiek  Protestant  Islamiet

 Geen  Joods  ander: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Thuisverpleging:  nee  ja, frequentie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dienst: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Contactpersoon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Gezinshulp:  nee  ja, frequentie: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dienst: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Contactpersoon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Andere:

Dienst: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Contactpersoon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Dienst: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Contactpersoon: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

**Plaatsbeschrijving kamer**

**«first\_name» «last\_name»** Kamer: «kamernummer» Opnamedatum: «opnamedatum»

**Meubilair**

Bed:

Nachttafel:

Zetel:

Tafel:

Stoel:

Kleerkast:

Televisie:

Koelkast:

**Sanitair**

Kast:

Spiegel:

Lavabo:

Douche:

WC:

Andere:

**Vloer**

**Muren**

**Plafond**

**Elektriciteit**

**Verlichting**

**Ramen**

**Deuren**

**Verwarming**

**Oproepsysteem**

De bewoner verklaart dat de kamer en de hierboven beschreven inboedel bij aanvang van de overeenkomst in goede staat zijn en dat zij geen tekenen van beschadigingen vertonen, behoudens deze dewelke uitdrukkelijk hierboven zijn genoteerd op voorliggend document.

Bij beëindiging van de opnameovereenkomst zal de bewoner de kamer en de inboedel in dezelfde toestand afleveren.

Voor akkoord (geschreven),

|  |  |
| --- | --- |
| **«first\_name» «last\_name»**  Bewoner | **………………………………….**  Directeur WZC **«community\_name»** |

**Sleutelfiche**

Voornaam: «first\_name»

Naam: «last\_name»

Kamer/ Flat: «kamernummer»

Verklaart volgende sleutels ontvangen te hebben op datum van : . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 . . . . . . . . . . sleutels van de centrale deur/persoonlijke flatdeur

 . . . . . . . . . . sleutels van de brievenbus

 . . . . . . . . . . andere sleutel

Handtekening bewoner Handtekening

Verklaart volgende sleutels te willen bijbestellen op datum van: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(de kosten hieraan verbonden zijn volledig op rekening van de bewoner, bij het verlaten van de kamer/flat moeten deze sleutel worden weergegeven zonder een financiële compensatie.)*

 . . . . . . . . . . sleutels voor. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 . . . . . . . . . . sleutels voor. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Handtekening bewoner Handtekening «community\_name»

Verklaart de bestelde sleutels ontvangen te hebben op datum van: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Handtekening bewoner Handtekening «community\_name»

Verklaart volgende sleutels te willen bijbestellen op datum van: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

*(de kosten hieraan verbonden zijn volledig op rekening van de bewoner, bij het verlaten van de kamer/flat moeten deze sleutel worden weergegeven zonder een financiële compensatie.)*

 . . . . . . . . . . sleutels voor. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

 . . . . . . . . . . sleutels voor. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Handtekening bewoner Handtekening «community\_name»

Verklaart de bestelde sleutels ontvangen te hebben op datum van: . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .

Handtekening bewoner Handtekening «community\_name»

**Teruggave van sleutels**

«community\_name» verklaart volgende sleutels ontvangen te hebben bij het verlaten van de Kamer/flat op datum van . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . .;

 . . . . . . . . . . sleutels van de centrale deur/persoonlijke flatdeur

 . . . . . . . . . . sleutels van de brievenbus

 . . . . . . . . . . .andere sleutel

*(Per niet ontvangen sleutel wordt een schadevergoeding aangerekend van* . . . . . . . . . . *euro)*

Handtekening bewoner Handtekening «community\_name»

**Verklaring instemming met zorg- en begeleidingsplan**

**«first\_name» «last\_name»** Kamer: «kamernummer» Opnamedatum: «opnamedatum»

Hiermee bevestig ik, **«first\_name» «last\_name»** dat ik het zorg- en begeleidingsplan zoals terug te vinden is in het zorgdossier van **«first\_name» «last\_name»** heb kunnen inkijken.  
Dit plan werd met mij besproken op ……/………/……….en kan op vraag door mij geraadpleegd worden.

Ik verklaar hiermee dat ik instem met dit zorg- en begeleidingsplan.

Handtekening

**Bestellen badge/sleutel**

Ik ondergetekende:

Huurder/familielid van appartement «kamernummer»   
bus ………..…..bestel bij deze ………..….. Badge(s) voor de toegangscontrole te «community\_name» voor eigen gebruik.

Betaling waarborg €………..….. x………..…..cash/via factuur.

Gedaan te «community\_city»………..……………………………………………….

op ………..…../………..…../………..…..

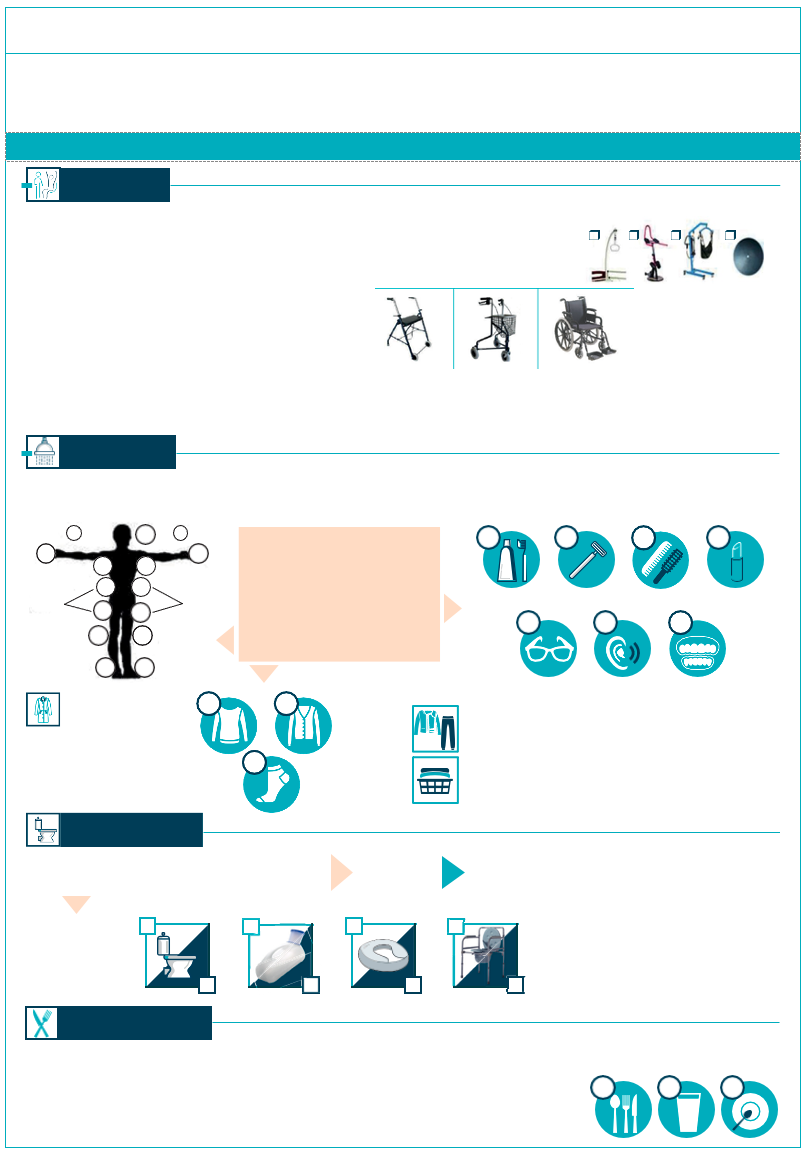
Handtekening:

«first\_name» «last\_name»:

( Eigenhandig schrijven gelezen + goedgekeurd )

LOGO  
«community\_street\_and\_number»

«community\_zipcode» «community\_city»



|  |
| --- |
| RASTER VAN MOGELIJKHEDEN |
| **NAAM :** . «last\_name» **KAMERNR. :**  «kamernummer»  **VOORNAAM :**  «first\_name» **DATUM :** . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . |
| **FUNCTIONELE CAPACITEITEN** |
| 1. **. MOBILITEIT**   ❒ Rechtshandig ❒ Linkshandig  **Evenwicht :** ❒ Zittend ❒ Staand ❒ Stappend **Transfer :** ❒ Autonoom  Begeleider(s) : ❒ 1 ❒ 2  Afbeelding met meubels, tafel, werktafel  Automatisch gegenereerde beschrijving  **2- TOILET**  **Douche :** ❒ Rechtopstaand ❒ Zittend (douchestoel) Begeleider(s) : ❒ 1 ❒ 2  **Toilet :** ❒ In bed ❒ Lavabo ❒ Rechtopstaand ❒ Zittend Begeleider(s) : ❒ 1 ❒ 2  **G D A** Autonoom **MH** Mond.hulp **I** Imitatie  **arrière avant VD** Voordoen Hulpmiddelen  **EH** Externe hulp  **VH** Volledige hulp  **3 - KLEDIJ**  **Keuze:** ❒ Autonoom ❒ Advies ❒ Hulp  **Orde:** ❒ Autonoom ❒ Advies ❒ Hulp   1. **- CONTINENTIE**   **Continentie:** ❒ Urine ❒ Faeces **zo nee… Bescherming :** ❒ Autonoom ❒ Hulp  Begeleider(s) : ❒ 1 ❒ 2  Dag  **zo ja …** ❒ Autonoom ❒ Hulp  Begeleider(s) : ❒ 1 ❒ 2  Nacht  **5- VOEDING**  **Hulpmiddelen:**  **Eten:** ❒ Autonoom ❒ Voordoen ❒ Verbale stimulans ❒ Volledige hulp  **Drinken:** ❒ Autonoom ❒ Voordoen ❒ Verbale stimulans ❒ Volledige hulp  **Zich bedienen:** ❒ Autonoom ❒ Volledige hulp  **Snijden:** ❒ Autonoom ❒ Volledige hulp |

ZINTUIGLIJKE CAPACITEITEN



op 1 meter:

**Leestest:**

**Efficiënt:** ❒ Ja

❒ Nee

❒ 12

❒ 36

❒ 72

❒ 24

❒ 48

❒ 100

**Efficiënt:** ❒ Ja

❒ Nee

**5 - REUKZIN**

**4 - SMAAK**

**3 - TASTZIN**

**2 - GEHOOR**

**1 - ZICHT**

**Bewaard:** ❒ Ja ❒ Neen

❒ Niet evalueerbaar

**Bewaard:** ❒ Ja ❒ Nee

❒ Niet evalueerbaar

**Behoud van de tastzin:**

❒ Ja ❒ Nee ❒ NVT

❒ LINKS goed

❒ RECHTS goed

❒ Goed van ver ❒ Moeilijk van ver

❒ Blindheid

❒ Goed van dicht ❒ Moeilijk van dicht

COGNITIEVE CAPACITEITEN

❒ Zich kort voorstellen ❒ Verre herinneringen vertellen

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **Informatie begrijpen:** |  |
|  | **1 - COMMUNICATIE** |
| ❒ Eenvoudige ❒ Complexe  Mondelinge ❒ Mondeling  Schriftelijke ❒ Schriftelijk ❒ Schrijven ❒ Lezen/begrijpen Non-verbale ❒ Non-verbaal ❒ Mondeling verwittigen ❒ De bel gebruiken | | |
|  | **2 - GEHEUGEN** |  |
|  |
| ❒ Informatie herinneren op korte termijn ❒ Een afspraak herinneren | | |
|  | **3 - ORIENTATIE** |  |
|  |
| **Tijd:** ❒ Autonoom ❒ Externe hulp ❒ Totale hulp  **Ruimte** (Interieur)**:** ❒ Autonoom ❒ Externe hulp ❒ Totale hulp | | |

SOCIALE EN HUISHOUDELIJKE CAPACITEITEN EN INTERESSES



❒ Tafel dekken

❒ Afruimen

❒ Vegen

❒ Stof afnemen

❒ Bed toedekken

❒ Bed opmaken

❒ Linnen vouwen

❒ Andere:

❒ Telefoneren

❒ *met externe hulp*

❒ Tv

❒ Klein materiaal

❒ Knutselmateriaal

❒ Informatica

❒ Koken

❒ Tuinieren

❒ Lezen

❒ Zingen

❒ Tekenen

❒ Schilderen

❒ Spelregels begrijpen

❒ Muziekinstrument bespelen ……………………

❒ Medicatie

❒ Administratie

❒ Financiën

❒ Een sleutel gebruiken

❒ Een gedachte formuleren

❒ Een activiteit leiden

❒ Foto’s nemen

❒ Een nieuwe bewoner onthalen ❒ Een zaal helpen klaar zetten

❒ Planten verzorgen ❒ Andere:

❒ Een dier verzorgen

**5 – SOCIALE ROLLEN**

**4 – ZELFSTANDIG BEHEER**

**3 - ONTSPANNINGSACTIVITEITEN**

**2 – GEBRUIK TOESTELLEN**

**1 – HUISHOUDELIJKE ACTIVITEITEN**

Vlaanderen Versie 2022.04.04

**Welkom bij onze gemeenschap**

Als personeel, bewoners, patiënten, familieleden of vrienden spelen we allemaal een rol in de atmosfeer van deze «community\_name»: alles wat we doen en de manier waarop we handelen, beïnvloeden de kwaliteit van het leven en de sereniteit van iedere persoon voor wie we zorgen.

De waarden van Korian zijn onze leidraad: we geven en streven naar VERTROUWEN, we moedigen INITIATIEF aan en we nemen VERANTWOORDELIJKHEID.



Onze missie bestaat erin te zorgen voor kwetsbare mensen en bij te dragen tot hun waardigheid en de kwaliteit van hun leven. Hiervoor probeert Korian keuzes, verbinding en nabijheid aan te bieden via de breedste waaier aan diensten, waardoor het mogelijk is om elk verzorgingsplan aan te passen aan alle persoonlijke behoeften en situaties binnen een bepaald terrein. Dit vereist van ieder van ons:

* een transparante en volledige communicatie in twee richtingen
* volledig respect voor elke persoon en de rol die hij/zij speelt in de gemeenschap
* een oprechte focus op de levenskeuzes van de persoon en het behoud van autonomie

Het welzijn van onze bewoners en patiënten ligt ons nauw aan het hart en het draait hierbij niet alleen om de hooggekwalificeerde vaardigheden van onze personeelsleden: de hele Korian-gemeenschap zet zich enorm in om welwillend, gepassioneerd en eerlijk te handelen. In ruil verwachten we van alle bezoekers dat ze de rechten van onze bewoners, patiënten en personeelsleden erkennen en dat ze actief hun steentje bijdragen in de communicatie tussen generaties, via deelname aan animatie of regelmatige communicatie met hun naasten.

We blijven tot uwer beschikking en luisteren actief naar uw verwachtingen en suggesties zodat we de geschikte initiatieven kunnen nemen om de persoon om wie u geeft, gelukkig te maken. In de bijlage vindt u:

* dienstcharter / welkomstgids / brochure ... van het woonzorgcentrum
* Klantendienst: contactgegevens
* Bemiddelingsdienst: contactgegevens
* Commissies voor een duurzame relatie: CVS, klantenraad ... contactgegevens
* Alle andere documenten die moeten worden ondertekend of uitgedeeld
* Ethisch Handvest
* Het Europese charter voor de rechten en verantwoordelijkheden van ouderen met een langdurige zorg- of hulpbehoefte