

Aanvraagformulier zorgverblijf

Bezorg het ingevulde document aan uw ziekenfonds t.a.v. de Dienst Maatschappelijk Werk.
De bovenste twee kaders van luik A vult u zelf in.
Luik B op de keerzijde dient volledig door uw behandelend arts te worden ingevuld.
Inlichtingen: 053 76 99 71 – dmw@nzvl.be

LUIK A

Naam:

Voornaam:

Straat:

Nr.: Bus:

Postnummer:

Gemeente:

Geboortedatum.....

Telefoon:

ZIEKENFONDSKLEVER

Partner die u eventueel tijdens het verblijf vergezelt:

Naam:

Voornaam:

Mijn voorkeur gaat uit naar een woon- en zorgcentrum in de volgende provincie:

West-Vlaanderen

Antwerpen

Oost-Vlaanderen

Limburg

Vlaams-Brabant

(kruis uw keuze aan. Indien u reeds een keuze hebt gemaakt, vermeld uw keuze a.u.b.
De Dienst Maatschappelijk Werk zal u, na goedkeuring van uw aanvraag, contacteren om samen met u het meest geschikte zorgcentrum te kiezen).

In te vullen door het ziekenfonds / Dienst Maatschappelijk Werk

In regel met de aanvullende ziekenfondsbijdrage tot / /

Tijdens het lopende jaar:

Datum: / /

reeds zorgverblijf

Handtekening:

Advies van de raadgevend geneesheer van het ziekenfonds

Akkoord / weigering van een zorgverblijf vanovernachtingen.

Motivering:

.....

.....

Datum: / /

Handtekening:

LUIK B

In te vullen door de behandelend geneesheer

(deze informatie is onmisbaar voor de opvolging tijdens het rust- of herstelverblijf)

Naam van de patiënt:

Ziekte / heelkundige ingreep:

Begindatum: / /

Hospitalisatie van: / / tot / /

Gedetailleerde diagnose:

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

Huidige zelfredzaamheid - Patiënt kan zonder hulp:

- | | | | |
|-------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-----------------------------------|
| zich verplaatsen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> moeilijk |
| naar toilet gaan | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> moeilijk |
| de trap gebruiken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> moeilijk |
| zich wassen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | <input type="checkbox"/> moeilijk |
| incontinentie urine | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | |
| faeces | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | |
| is rolstoel afhankelijk | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> neen | |

De geestestoestand stelt problemen voor de residentie of voor andere bewoners:

- ja neen

Eventuele behandelingen tijdens het verblijf:

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

Dieetvoorschrift:

.....
.....

Identificatie van de geneesheer (stempel):

Datum: / /

Handtekening: