AANMELD- EN OVERDRACHTFORMULIER  
Cohort Langendijk

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Aanmeldgegevens** | | | | | |
| Datum aanmelding |  | | | | |
| Aanmelding bij |  | | | | |
| Aanmelding van | Organisatie:  Naam:  Telefoon: | | | Functie:  Mail: | |
| **Cliëntgegevens** | | | | | |
| M/V - Voorletter(s) |  | | Achternaam/-namen | |  |
| Geboortedatum |  | | BSN | |  |
| Adres |  | | PC/Woonplaats | | / |
| Telefoon |  | | Mail | |  |
| Woonvorm |  | | Burgerlijke staat | |  |
| Zorgverzekeraar |  | | Polisnummer | |  |
| Huisarts |  | | Behandelend specialist | |  |
| Apotheek |  | | Juridische maatregel | |  |
| **Gegevens contactpersoon cliënt** | | | | | |
| M/V - Voorletter(s) |  | | Achternaam/-namen | |  |
| Telefoon |  | | Relatie met cliënt | |  |
| **Diagnose en actueel functioneren** | | | | | |
| Hoofddiagnose(n) | |  | | | |
| Nevendiagnose(n) | |  | | | |
| Complicatie(s) | |  | | | |
| Medische voorgeschiedenis | |  | | | |
| Motorisch functioneren | |  | | | |
| Cognitief functioneren | | Geef aan hoe de oriëntatie in tijd, plaats en persoon is. | | | |
| Leerbaarheid/trainbaarheid | |  | | | |
| Communicatie | |  | | | |
| Slikproblemen | |  | | | |
| **ADL** | | | | | |
| wassen:  kleden:  in-uit bed:  verplaatsen in zit- of lighouding:  toiletgang: | | | incontinent:  eten en drinken:  mondzorg-haren-nagels-huid:  aanleren/begeleiden PV activiteiten:  anders, nl.: | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zorgvraag** | | | | | |
| Medicatie-overzicht | Geef aan welke medicatie cliënt gebruikt. *Indien ‘ja’: medicatie meenemen/-geven tot eerstvolgende werkdag.* | | | | |
| Benodigde materialen | *Indien ‘ja’: materialen meenemen/-geven tot eerstvolgende werkdag.* | | | | |
| Benodigde hulpmiddelen |  | | | | |
| Bijzonderheden | *Vb. MRSA, BRMO, isolatie, verpleegtechnische handelingen, VAC-pomp, etc.* | | | | |
| **Risico’s (indien aanwezig, doorvragen naar omstandigheden/frequentie)** | | | | | |
| Bekend met agressief gedrag | |  | Bekend met/risico op dwalen | |  |
| Risico op ondervoeding | |  | Bekend met/risico op vallen | |  |
| Bekend met/risico op decubitus | |  | Bekend met alcohol- en/of drugsmisbruik | |  |
| Bekend met/risico op delier | |  |
| Nadere info: |  | | | | |
| **Betrokken arts en/of zorgverlening** | | | | | |
| Aanbieder van: | | | Naam specialist/organisatie: | | |
| Aanbieder van: | | | Naam specialist/organisatie: | | |
| Aanbieder van: | | | Naam specialist/organisatie: | | |
| **Conclusie** | | | | | |
| Aanmelding leidt tot |  | | | | |
| Legitimatie |  | | Status legitimatie |  | |
|  |  | |  |  | |
| **Opmerkingen/aanvullingen** | | | | | |
|  | | | | | |