



Dagcentrum Ikaria
03 444 13 29
dagcentrumikaria.administratie@zas.be

Patiëntenklever

ZAS vzw • Kempenstraat 100, 2030 Antwerpen • BE 0862.382.656 • RPR Antwerpen
Erkenningsnummer 7/10009/31/000: ZAS Cadix, ZAS Elisabeth, ZAS Erasmus, ZAS Hoge Beuken, ZAS Joostens, ZAS Middelheim, ZAS Palfijn, ZAS Paola, ZAS UKJA Erkenningsnummer 7/10099/38/000: ZAS Augustinus, ZAS Sint-Jozef, ZAS Vincentius Erkenningsnummer 7/20998/03/000: ZAS PZ Stuivenberg Erkenningsnummer 7/25047/28/000: ZAS PVT Antwerpen Zijn ook deel van ZAS: ZAS Medisch Centrum Kaai 142, ZAS Polikliniek Hof ter Schelde, ZAS Polikliniek Regatta, ZAS Plantin, ZAS Magazijn Luchtbal, ZAS Magazijn Terbeke

AANVRAAGFORMULIER voor dagcentrum Ikaria

In te vullen door de huisarts. Graag een recent specialistisch verslag toevoegen. Gelieve dit formulier zo volledig mogelijk in te vullen en terug te bezorgen via de post (Molenstraat 19, 2640 Mortsel) t.a.v. sociale dienst of aan dagcentrumikaria.administratie@zas.be

Administratieve gegevens

Patiënt:	voornaam en naam	☐ M	☐ V
Adres:	straat, huisnummer, postcode, woonplaats		
Geboortedatum:	datum	Tel.:	telefoonnummer
Huidige verblijfplaats:	☐ thuis	☐ WZC	naam WZC
	☐ ziekenhuis: naam ziekenhuis	dienst:	
	sinds: datum		
Huisarts:	naam	Gsm:	nummer
Huisarts:	adres	Tel.:	telefoonnummer
Thuisverpleegkundige:	naam	Tel.:	telefoonnummer
Specialist:	naam	Gsm:	nummer
Ziekenhuis:	naam	Tel.:	telefoonnummer

Administratieve gegevens aanvrager

Hoedanigheid:	☐ patiënt ☐ familie ☐ huisarts ☐ specialist ☐ sociale dienst ☐ PST ☐ andere		
Aanvrager:	naam		
Aanvrager:	adres	Tel.:	telefoonnummer

Te contacteren personen:

Naam:	naam	Tel.:	telefoonnummer
Naam:	naam	Tel.:	telefoonnummer

Was er contact met een palliatief ondersteuningsequipe?

☐ Palliatief Support Team:	naam
☐ Palliatief Thuiszorgequipe:	naam

Medische gegevens (verplicht in te vullen door een arts)

Patiënt:	voornaam en naam		
Hoofddiagnose:		vaststelling:	datum
Metastasen:	☐ bot ☐ long/pleura ☐ lever ☐ peritoneaal ☐ hersenen ☐ lokale verspreiding		
Behandelingen:	(beknopt)		
Nevendiagnosen:	(beknopt)		

Snelheid ziekteprogressie:	☐ stabiel	☐ traag progressief	☐ traag progressief
Levensverwachting:	☐ minder dan 1 maand	☐ 1 tot 3 maanden	☐ meer dan 3 maanden

Actuele problemen

☐ fysiek	☐ sociaal
☐ psychisch	☐ spiritueel

Ga je akkoord met een opname op het dagverblijf van je patiënt?	☐ ja	☐ nee
---	-----------------------------	------------------------------

Wanneer er zich een noodgeval voordoet tijdens het verblijf van je patiënt:

Zijn er specifieke afspraken in verband met het DNR-beleid?	☐ ja	☐ nee
---	-----------------------------	------------------------------

welke?

Wens je in eerste instantie zelf gecontacteerd te worden?	☐ ja	☐ nee
---	-----------------------------	------------------------------

Zo ja, via welk gsm of telefoonnummer?

Wens je dat een arts van het CPZ wordt gecontacteerd?	☐ ja	☐ nee
---	-----------------------------	------------------------------

Waarheidsmededeling:

Is de patiënt op de hoogte van zijn/haar diagnose?	☐ ja	☐ nee
--	-----------------------------	------------------------------

Medicatieschema	Ochtend	Middag	Avond	Slapen

Verpleegkundige gegevens

Hygiëne ☐ Geen hulp ☐ Hulp aan wastafel ☐ Bedbad	Uitscheiding ☐ Geen hulp ☐ Ondersteunende hulp ☐ Blaassonde ☐ Luier ☐ Stoma	Contact ☐ Normaal ☐ Verstoord: agressief ☐ Gehoorgestoord ☐ Geen contact mogelijk	Mobiliteit ☐ Geen hulp ☐ Ondersteunende hulp ☐ Bedrust
Voeding ☐ Geen hulp ☐ Voorbereidende hulp ☐ Eten en/of drinken geven ☐ Sondevoeding ☐ Parenterale voeding	Psychische toestand ☐ Normaal ☐ Verward ☐ Dwaalgedrag ☐ Roepgedrag	Overige zorg ☐ Tracheacanule ☐ Decubitus ☐ Wondzorg: welke ☐ Andere: welke	Kolonisatie met multiresistente kiemen ☐ Ja ☐ Nee andere

Psychosociale gegevens

Woonsituatie:

☐ alleenwonend	☐ inwonend bij:	naam
☐ bij partner	☐ WZC:	naam

Is er een vraag naar een actieve levensbeëindiging bij de patiënt?

☐ Ja, de vraag is actief en levendig aanwezig	☐ Ja, de vraag is eerder latent aanwezig	☐ nee
--	---	------------------------------

Voeg indien mogelijk het laatste specialistische verslag toe aan dit opnameformulier

stempel arts + handtekening	datum
-----------------------------	-------