



SERVICE RESIDENTIE VOGELZANG
TERVUURSESTEENWEG 290
3001 HEVERLEE
Tel. 016/27.97.11

DATUM:

BEWONERSPROFIEL

1. IDENTITEITSGEGEVENS

Naam & voornaam: _____

Geboorteplaats: _____

Geboortedatum: _____

Adres: _____

Sedert wanneer woont u in _____?

Telefoonnummer: _____

Burgerlijke staat: _____

Naam echtgeno(o)t(e): _____

Hebt u kinderen of contactpersonen, die in de nabijheid wonen? _____

Zo ja, wie? _____

Naam, adres en telefoonnummer van alle kinderen

Naam, adres en telefoonnummer van andere contactpersonen

Naam van uw huisarts: _____

Adres: _____

Telefoonnummer: _____

Waarom wenst u naar een serviceflat te komen?

2. GEZONDHEIDSTOESTAND

2.1 HOE IS UW GEZONDHEIDSTOESTAND OP DIT OGENBLIK?

- Zeer goed
- Goed
- Het gaat wel
- Niet zo goed
- Slecht

2.2 BENT U MOMENTEEL IN BEHANDELING BIJ

- een kinesist en / of logopedist
 - Ja
 - Neen
- een specialist
 - Ja
 - Neen
- een voetverzorg(st)er
 - Ja
 - Neen
- een huisarts
 - Ja
 - Neen

2.3 MEDICATIE

	Dagelijks	Regelmatig	Soms	Neen
- pijnstillers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kalmeermiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- slaapmiddelen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.4 BENT U GEDURENDE HET AFGELOPEN JAAR IN EEN ZIEKENHUIS OPGENOMEN GEWEEST?

- Ja
- Nee

INDIEN JA: HOEVEEL WEKEN?

- 1 week of minder
- meer dan 1 week, maar minder dan 2 weken
- meer dan 2 weken, maar minder dan 1 maand
- 1 maand of meer

2.5 GEBEURT HET DAT U PROBLEMEN HEEFT MET...

	Dikwijls	Af en toe	Zelden	Nooit
- u te oriënteren in de tijd (besef van uur en dag, verschil dag en nacht)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- u te oriënteren in de ruimte (verloren lopen, een kamer niet vinden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gebeurt het dat u rusteloos bent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- gebeurt het dat u last hebt met het ophouden van urine en / of stoelgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.6 INDIEN SAMENWONEND MET IEMAND:

Hoe staat het met de gezondheidstoestand van uw huisgenoot? Is hij / zij in staat om u te helpen bij activiteiten die u zelf niet meer kan uitvoeren?

- Ja, hij / zij is volledig in staat mij te helpen
- Hij / zij is gedeeltelijk in staat mij te helpen
- Nee, hij / zij is helemaal niet in staat mij te helpen

3. SOCIALE VAARDIGHEDEN

3.1 UW WOON- EN VERBLIJFSSITUATIE IS ALS VOLGT:

	Woonst (domicilie)	Huidig verblijf
- alleen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bij partner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bij familie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bij derden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in ziekenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in rusthuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- andere, nl _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2 MAAKT U MOMENTEEL OF HEBT U GEDURENDE DE AFGELOPEN MAAND GEBRUIK GEMAAKT VAN DE VOLGENDE DIENSTEN EN VOORZIENINGEN?

	Regelmatig	Soms	Nooit
- verpleegkundige hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- paramedische zorg (kinesist, logopedist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voetverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poetsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wasserij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- boodschappendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klusjesdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hulp bij het bereiden van een warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- administratieve hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.3 INDIEN U MOMENTEEL GEBRUIK MAAKT OF GEDURENDE DE AFGELOPEN MAAND GEBRUIK MAAKTE VAN EEN OF MEERDERE VAN DEZE DIENSTEN EN VOORZIENINGEN, DOOR WIE WERD U DEZE HULP DAN GEBODEN?

	Inwonend persoon / partner / kind(eren) of familie	Kennissen, buurtbewoners of andere vrijwilligers	Externe organisatie, betaalde privé-hulp of handelszaak
- verpleegkundige hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- paramedische zorg (kinesist, logopedist)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- voetverzorging	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- kapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- poetsdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wasserij	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- boodschappendienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- klusjesdienst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- hulp bij het bereiden van een warme maaltijd	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- administratieve hulp	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.4 GAAT U MINSTENS EEN KEER PER WEEK OP BEZOEK BIJ BUREN, KENNISSEN OF FAMILIELEDEN?

- Ja
 Nee

3.5 MAAKT U GEBRUIK VAN TREIN, TRAM, AUTOBUS OF TAXI?

- Ja, regelmatig
 Ja, soms
 Neen

3.6 RIJDT U NOG ZELF MET DE WAGEN?

- Ja
 Neen

3.7 GAAT U ZELF NAAR...

	Zonder hulp	Beetje hulp	Veel hulp	Volledig afhankelijk
- het postkantoor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de bankinstelling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de kruidenier / winkel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de bakker / beenhouwer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het grootwarenhuis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de markt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de apotheker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de kapper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.8 LEEST U DE KRANT OF NEEMT U TIJDSCHRIFTEN DOOR?

- Ja, regelmatig
 Ja, soms
 Neen

3.9 ZORGT U ZELF VOOR...

	Zonder hulp	Beetje hulp	Veel hulp	Volledig afhankelijk
- de financiële verrichtingen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het invullen van administratieve papieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- het afsluiten van lidmaatschappen en / of abonnementen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.10 MAAKT U GEBRUIK VAN...

	Ja, regelmatig	Ja, soms	Neen
- de telefoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de televisie / video	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- de radio / muziekinstallatie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.11 BENT U NOG AANGESLOTEN BIJ EEN OF ANDERE BEWEGING OF ORGANISATIE?

- Ja Welke? _____
 Neen

5. ZELFREDZAAMHEID

Kunt u...	Zonder hulp	Beetje hulp	Veel hulp	Volledig afhankelijk
- zich verplaatsen in de woning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zich buitenshuis begeven?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zich aankleden en schoenen aantrekken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- in en uit bed stappen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- alleen naar het toilet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- alleen eten en drinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- uzelf wassen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- een bad of douche nemen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zelf uw voeten verzorgen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Opgemaakt te _____, op _____

Handtekening,