



vzw HOME VOGELZANG

Tervuursesteenweg 290

3001 HEVERLEE

Medische gegevens

Identificatiegegevens :

Naam en voornaam : Geboortedatum :/...../.....

Belangrijke informatie betreffende ziektebeeld en voorgeschiedenis :

Reden ziekenhuisopname : Opnamedatum :/...../.....

Huidige ziekteproblemen :
en begindatum :/...../.....

Persoonlijke antecedenten :
.....

Recent heelkundig ingrijpen :
.....

Psychiatrische diagnose :

.....
.....

Mentale toestand :

<u>recent geheugen</u>	<u>ver geheugen</u>	<u>oriëntatie in tijd</u>	<u>oriëntatie in ruimte</u>	<u>als gestoord, kadert dit binnen</u>
<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> verwardheid
<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> licht gestoord	<input type="checkbox"/> acute verwardheid
<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> ernstig gestoord	<input type="checkbox"/> dementie

Huidige medicatie :

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

Zuustofbehandeling
 Ja
 Neen

Prognose :

Algemene toestand :
.....
.....

Prognose
 herstel
 gestabiliseerde toestand
 progressieve verslechtering

Decubitus :

Plaats : Graad : Grootte :

Uitslag RX thorax (recent protocol hierbij gevoegd)

Verklaring :

Ondergetekende, dokter in de geneeskunde, verklaart
dat de bejaarde niet aan een besmettelijke ziekte
of overdraagbare aandoening lijdt,
en dat hoger vermelde gegevens stroken met de werkelijkheid. Datum :/...../.....

Handtekening en stempel