

MEDISCH-VERPLEEGKUNDIG FORMULIER

PERSOONLIJKE GEGEVENS

Achternaam	.....	Telefoon	.....
Voorletters <input type="radio"/> Mevr. <input type="radio"/> Dhr.	E-mail	.....
Adres	.....	Geboortedatum	.....
Postcode	.....	BSN	.....
Woonplaats	.....	ID/Paspoortnr.	.....
Woonsituatie	<input type="radio"/> Alleenwonend <input type="radio"/> Samenwonend	Verzekering	.....
		Polisnummer	.....

LOCATIE

Voor welk Valuas Zorghotel wilt u uw verblijf aanvragen?

- Zorghotel De Wulperhorst, Zeist
- Zorghotel Groot Bijstervelt, Oirschot
- Zorghotel Residence Haganum, Den Haag
- Zorghotel Het Witte Huis, Oegstgeest
- Zorghotel Boarnsterhim State, Aldeboarn

THUISZORG

Heeft u op dit moment thuiszorg? Nee Ja, namelijk Huishoudelijke zorg
 Persoonlijke zorg
 Verpleegkundige zorg

Bij welke thuiszorgorganisatie?

Hoe wordt uw thuiszorg georganiseerd? PGB
 Wijkverpleegkundige indicatie

Heeft u een WLZ indicatie? Nee Ja

MEDISCHE GEGEVENS

Graag ontvangen wij de volgende gegevens: Huisarts: samenvatting uit dossier **en/of**
 Overdracht vanuit het ziekenhuis bij aankomst in een Valuas Zorghotel

MEDISCH-VERPLEEGKUNDIG FORMULIER

ZORGINDICATIE

Krijgt u een zorgindicatie mee?

Nee Ja

Eerstelijns Verblijf Laag Complex

Eerstelijns Verblijf Hoog Complex

Eerstelijns Verblijf Palliatief

Overbruggingszorg, zorgzwaarte

Respitzorg

Anders, namelijk

Wij ontvangen graag uw toelichting

Aard van de ziekte/operatie waarvoor herstellzorg geïndiceerd wordt:

Andere bijzonderheden zoals gezondheidsproblemen (lichamelijke en/of psychisch), uw sociale situatie, zorg die u al ontvangt:

Datum waarop de (eventuele) operatie is gepland

Datum waarop aankomst in het Valuas Zorghotel gewenst is

Verblijf in het Valuas Zorghotel noodzakelijk geacht voor

VERPLEEGKUNDIGE GEGEVENS

PERSOONLIJKE VERZORGING

Geen Gedeeltelijk Volledig

Wassen / douchen

Aan- en uitkleden

Toiletgang

Anders, namelijk

MEDISCH-VERPLEEGKUNDIG FORMULIER

VERPLEEGKUNDIGE ZORG

	Geen	Gedeeltelijk	Volledig
Mobiliseren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Wondzorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stomazorg	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Medicatiebegeleiding	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Blaaskatheter	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Anders, namelijk

HULPMIDDELEN

Zijn er hulpmiddelen nodig?	Tillift	Rolstoel	Rollator	Krukken	Antidecubitusmatras	Zuurstof
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

FYSIOTHERAPIE

Heeft u fysiotherapie nodig? Nee Ja *Zo ja, denkt u dan aan het meenemen van de machtiging.*

DIEET EVENTUEEL OP MEDISCH VOORSCHRIFT

ALLERGIËN

MEDICATIE *Let op: Graag een actueel medicatie overzicht en recept meegeven*

Naam eigen apotheek Telefoon

DEZE AANVRAAG WORDT IN OVERLEG GEDAAN MET

Huisarts Specialist Transferafdeling ziekenhuis

Naam Naam ziekenhuis

Telefoon Naam afdeling

Indien het transferbureau van het ziekenhuis betrokken is, graag de naam vermelden.

Naam specialist / huisarts Telefoon Pieper

Handtekening specialist / huisarts

Let op: Dit formulier is uitsluitend geldig met de handtekening van uw specialist / huisarts