

Aufenthalt in einem Genesungshaus der CKK - Aufnahmeantrag



**Hooidonk
Spa Nivezé
Ter Duinen**

1. Verwaltungsdaten

1.1 Antragsteller (alle Angaben eintragen oder ersatzweise einen Krankenkassenaufkleber verwenden)

Name:

Vorname:

Nationalnummer:

Anschrift:

Postleitzahl: Ort:

Festnetz-/ Mobiltelefon:

Krankenversicherungsnummer: Versicherungskode: /

Name des Hausarztes: Telefonnummer des Hausarztes:

Krankenkassenaufkleber

Name/Einrichtung	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail-Adresse

1.2 Ansprechpartner

Name: Vorname: Verwandtschaftsverhältnis:

Festnetz-/ Mobiltelefon:

Name: Vorname: Verwandtschaftsverhältnis:

Festnetz-/ Mobiltelefon:

1.3 Eventuelle(r) Begleiter(in) (Wenn die Begleitperson ebenfalls pflegebedürftig ist, muss ein getrennter Antrag ausgefüllt werden.)

Name:

Vorname:

Festnetz-/ Mobiltelefon:

Anschrift:

Postleitzahl: Ort:

1.4 Gewünschtes Genesungsheim

Zorgverblijf Ter Duinen
Louisweg 46
8620 Nieuwpoort
Tel. 058/22.33.11
Fax. 058/22.33.00
planning@terduinen.be

Zorgverblijf Hooidonk
Langestraat 170
2240 Zandhoven
Tel. 03/320.28.11
Fax. 03/320.28.10
herstel@hooidonk.be

Séjours & Santé Spa Nivezé
Route du Tonnelet 76
4900 Spa
Tel. 087/79.00.00
Fax. 087/79.03.00
info@niveze.be

Der Patient wünscht ein: Einzelzimmer Zweibettzimmer Zimmer mit Begleiter(in)

2. Medizinische und soziale Daten

2.1 Medizinische Diagnose, die den Genesungsaufenthalt erforderlich macht (unbedingt ausfüllen)

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

Der Behandlungsplan muss abzielen auf:

- eine möglichst weitgehende Eigenständigkeit die Unterstützung des pflegenden Angehörigen
 eine gezielte Rehabilitation Ruhe sonstige Ziele (bitte beschreiben):

Hat der/die Antragsteller(in) sich vorher bereits für die gleiche Behandlung in einem Genesungshaus aufgehalten?

- Ja Nein

Datum der Krankenhausaufnahme:/...../..... Vorgesehenes Entlassungsdatum:/...../.....

Operationsdatum:/...../..... Operationskode (K oder N):/...../.....

Vermeidung von Auftreten: Ja Nein Wenn ja, bis zum:/...../.....

Genesungsaufenthalt infolge eines Unfalls mit eventuellem Fremdverschulden: Ja Nein

Genesungsaufenthalt infolge eines als solchen anerkannten Arbeitsunfalls: Ja Nein

2.2 Andere Krankheit oder erforderliche Behandlung:

(Logopädie, Dialyse, Gastrostomie, Wundpflege, Harnkatheter - wenn suprapubisch -> Ersatzkatheter mitgeben)

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

- Sauerstoff: Kontaktdaten des Lieferanten:
Ist bereits eine Genehmigung des Vertrauensarztes vorhanden? Ja Nein

2.3 Ansteckungsgefahr: besteht beim Patienten für andere Personen die Gefahr, sich anzustecken?

- Wenn ja, bitte erläutern:

(Krankenhausbakterie: wenn der erste Befund positiv war, ist eine zweite Untersuchung mit negativem Ergebnis erforderlich)

2.4 Besondere Diät

- Wenn ja, erläutern:

2.5 Allergien

- Wenn ja, erläutern:

2.6 Soziale Gründe

Sozial- und/oder umfeldbedingte Faktoren, die -neben den medizinischen Gründen - einen Aufenthalt in einem Genesungsheim rechtfertigen (nicht angepasste Wohnung, familiäre Situation, ...)

.....
.....

Kommt der Patient in den Genuss

- häuslicher Hilfe und Pflege einer Betreuung durch pflegende Angehörige
 einer Vermögens-/ Personenverwaltung einer Betreuung durch einen anerkannten Sozialdienst
 sonstiger Leistungen:

3. Erfassung des aktuellen Grades der Eigenständigkeit (Katz-Tabelle)

Kriterium	1	2	3	4
Sich waschen	Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz waschen.	Benötigt für die Körperpflege oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.
Sich anziehen	Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz an- und ausziehen.	Benötigt für das Anziehen oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe (Schnürsenkel bleiben außer Betracht).	Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.
Lagewechsel und Fortbewegung	Kann selbstständig einen Lagewechsel vornehmen und sich völlig selbstständig fortbewegen ohne mechanische Hilfe und ohne Hilfe Dritter.	Kann selbstständig einen Lagewechsel vornehmen und sich fortbewegen unter Benutzung von mechanischen Hilfsmitteln (Krücken, Rollstuhl).	Benötigt unbedingt die Hilfe Dritter, um einen Lagewechsel vorzunehmen und/ oder sich fortzubewegen.	Ist bettlägerig oder sitzt im Rollstuhl und hängt vollständig von der Hilfe anderer ab, um sich fortzubewegen.
Zur Toilette gehen	Kann allein zur Toilette gehen, sich allein aus beziehungsweise anziehen und sich allein abwischen.	Benötigt für eine der drei folgenden Aktionen die Hilfe Dritter: um zur Toilette zu gehen oder sich aus- beziehungsweise anzuziehen oder sich abzuwischen	Benötigt für zwei von drei der folgenden Aktionen die Hilfe Dritter: um zu Toilette zu gehen und/ oder sich aus- beziehungsweise anzuziehen und/ oder sich abzuwischen.	Benötigt vollständige Hilfe um zur Toilette/auf einen Nachtstuhl zu gehen, sich aus beziehungsweise anzuziehen und sich abzuwischen.
Kontinenz	Ist kontinent für Urin und Stuhlgang.	Ist gelegentlich inkontinent für Urin oder Stuhlgang (Blasensonde oder künstlicher Darmausgang inbegriffen).	Ist inkontinent für Urin (Miktionsübungen inbegriffen) oder Stuhlgang.	Ist inkontinent für Urin und Stuhlgang.
Essen	Kann allein essen und trinken.	Benötigt vorherige Hilfe zum Essen oder Trinken.	Benötigt teilweise Hilfe während des Essens oder Trinkens.	Ist vollständig abhängig zum Essen und Trinken.
Zeitliches Bewusstsein (2)	keine Probleme.	von Zeit zu Zeit (selten) Probleme.	fast täglich Probleme.	vollständig desorientiert oder unmöglich zu beurteilen.
Räumliches Bewusstsein (2)	keine Probleme.	von Zeit zu Zeit (selten) Probleme.	fast täglich Probleme.	vollständig desorientiert oder unmöglich zu beurteilen.

Bei einem Punktwert von 2 oder mehr für das zeitlich-räumliche Bewusstsein, ist das Ergebnis eines jüngeren MMSE-Tests sowie ein ausführlicher Bericht über die Krankengeschichte und das derzeitige Verhalten des Patienten erforderlich.

Kriterium	1	2	3	4	5
Nachtaktiv	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Sprechstörung	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Zerstörerisches Verhalten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Ausdrucksschwierigkeiten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Unruhiges Verhalten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Verlust der Fähigkeit zum korrekten Verhalten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Ausreißen	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen

4. Psychische Elemente

N.B. : Die Genesungshäuser verfügen nicht über einen geschlossenen Bereich. Die Kunden haben freien Zugang zur Cafeteria.
Es ist keine besondere Betreuung für Menschen vorgesehen, die ein kognitives psychisches Problem haben.

- Vorübergehende Verwirrung:.....
- Depression:
- geistige Behinderung:.....
- aggressives Verhalten:
- Suchtproblematik:.....
- Psychisches Problem:
- Sonstiges:.....

Wenn eines dieser Felder angekreuzt wurde, bitte genauer erläutern:

.....
.....

5. Aufnahme nach dem Genesungsaufenthalt

- Rückkehr nach/ in:.....
- Andere Lösung:
- Die Situation ist problematisch, weil:.....

6. Geschätzte Verweildauer

Aufnahmedatum: /...../.... bis zum/...../.....

Verweildauer:.....

Bitte legen Sie einen aktuellen Arztbericht und die Liste der zurzeit eingenommenen Arzneimittel bei.

Datum: / /

Unterschrift

Name des antragstellenden Arztes (DRUCKBUCHSTABEN oder Stempel):

LIKIV-Zulassungsnummer des antragstellenden Arztes:

Bitte senden Sie diesen Antrag per Fax oder E-Mail an die von Ihnen gewünschte Einrichtung.

Wir verarbeiten Ihre personenbezogenen Daten in Übereinstimmung mit den geltenden belgischen und europäischen Datenschutzgesetzen, insbesondere der Verordnung (EU) 2016/679 (Datenschutzgrundverordnung - DSGVO) zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten und zum freien Datenverkehr. Für weitere Informationen über die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten lesen Sie bitte unsere Datenschutzerklärung auf unserer Website <https://www.ckk-mc.be/disclaimer/datenschutzerklaerung-ckk>.

Das von Ihnen gewählte Zentrum (Seite 1) ist ein Genesungshaus, das medizinische Versorgung bietet und das, aus diesem Grund, Artikel 9.2h der Datenschutzgrundverordnung unterliegt.

