



Datum aanvraag: _____ Aard aanvraag: actueel toekomstig

Identificatiegegevens patiënt:

Naam: Voornaam:
Adres:
Geboortedatum: Telefoon:
burgerlijke staat:

Aanvraag door: Naam:
Contactgegevens:

Opname besproken met patiënt: ja nee

Reden van aanvraag: te complexe zorg onvoldoende mantelzorg onvoldoende symptoomcontrole
 andere, specificeer:

Wat is de meerwaarde van een opname?

Huisarts: Behandelend specialist:
Ziekenhuis:

aanmelding besproken?

dossier wordt gefaxt/gemailed

fax: 050/470140, email: palliatievezorgdevlindersfx@azsintjan.be

patient verblijft momenteel: thuis ziekenhuis
PZT opgestart? ja neen PST opgestart? ja neen

Belangrijke informatie m.b.t. ziektebeeld en voorgeschiedenis:

hoofddiagnose:

meta's en locatie meta's:

Comorbiditeit:

Mentale toestand:

adequaat
 regelmatig verward sinds:
 gekende dementie sinds:

ingeschatte levensverwachting: <2w <6w <3m > 3m

is DNR code besproken ja neen wanneer:

welke DNRcode werd afgesproken
laatste behandeling tot (datum) welke

Is patiënt op de hoogte van: diagnose prognose DNR code
Is familie op de hoogte van: diagnose prognose DNR code

Vragen rond levenseinde:

euthanasievraag ja neen
vraag naar sedatie ja neen

Familie / contactpersonen /

Functionele toestand zie PPS (meer info via link op website)

Onderstaand luik dient ingevuld te worden door arts en personeel van De Vlinder

advies

akkoord voor opname

niet akkoord

Bijkomende voorwaarden:

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

terugkoppeling beslissing aan arts en aanvragen DATUM:

Opvolging verdere contacten:

Datum	Gesprekspartners	Onderwerp
.....
.....
.....
.....

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