

Patiëntgegevens _____

Gegevens mantelzorger _____

Aanleiding screening _____

* auto-anamnese _____

* hetero-anamnese _____

Gegevens professionele zorg

Thuiszorg _____

Huishoudelijke hulp _____

Fysiotherapie _____ Ergotherapie _____

M Woonsituatie/ burgerlijke stand _____

Kinderen _____

Vooropleiding / arbeidsverleden / beroep _____

Sociaal netwerk _____

Hobby's / zingeving _____

Afgelopen 3 maanden afgevallen ja/nee

Laatste 6 maanden meer dan 2x gevallen ja/nee

Gebruikt > 4 verschillende medicijnen (inclusief zelfzorgmiddelen) ja/nee

Problemen met visus ja/nee

Problemen met gehoor ja/nee

Afgelopen jaar vaker HA bezocht en/of opgenomen geweest ja/nee

Eetlust? _____

Gebitsproblemen ja/nee _____ Slikproblemen ja/nee _____

Vasculaire voorgeschiedenis? ja/nee _____

Bij welke specialisten onder controle? _____

F

Hulp nodig bij doen van huishouden ja/nee

Hulp nodig bij ADL? ja/nee

Problemen eten/drinken ja/nee

Moeite met gaan/staan/bewegen/traplopen ja/nee

Urineverlies afgelopen 3 maanden ja/nee

Omcirkel functionaliteiten die goed gaan of van toepassing zijn:

ADL: eten-drinken, medicatie innemen, In- en uit bed komen, aan-uitkleden, zichzelf wassen en afdrogen, uiterlijke verzorging, toiletgebruik, lopen, bewegen.

Hulpmiddelen en/of aanpassingen? stok / rollator / rolstoel / traplift / pers. alarm.

BDL: maaltijd klaarmaken, boodschappen doen, licht huishoudelijk werk, wassen + strijken, telefoneren, omgaan met geld, pinnen, afstandsbediening TV, intercom, beheer van financiën, vervoer buitenshuis, regie over medicatie (klaarzetten, toezien op inname).

P

Problemen met geheugen ja/nee

Sinds wanneer? _____

Sluimerende verslechtering? ja/nee: _____

Leidt tot problemen? _____

Karakterverandering? ja/nee Initiatiefverlies? ja/nee

Slaapproblemen ja/nee Dag-nachtritme verstoring ja/nee

Belaste FA dementie ja/nee _____

Last van sombere of depressieve stemmingen ja/nee

Over het algemeen opgewekt ja/nee Last van piekeren ja/nee

Zin om dingen te ondernemen ja/nee Beleeft plezier ja/nee

Voorgeschiedenis depressie ja/nee



Observaties, bijzonderheden

Verzorging woning: _____

Persoonlijke verzorging: _____

Mobiliteit: _____

Apraxie: _____

Concentratie, tijdens gesprek: _____

Concentratie, tijdens testen: _____

Houding van patiënt: open / gesloten / façade / coöperatief / _____

Interactie met mantelzorg: headturning / façade / wrijving-ergernis / _____

Mantelzorg

Balans draagkracht / zorglast _____ slecht / matig / voldoende / goed

Volhou-tijd _____

Biometrie

Lengte _____ cm Gewicht _____ kg

RR _____ / _____ Pols _____ reg / irr

Lab

Kreat _____ EGFR _____

Na _____ K _____

Wensen en doelen patiënt

Wat ervaart de patiënt als een probleem?

Wat zijn de wensen van de patiënt betreffende gezondheid?

Wat is de **hoofddoelstelling**:

zelfstandigheid / thuis blijven wonen / meer zorg-nabijheid / _____

vrijheid of eigen regie voeren in één of andere vorm / _____

Welke **Kern- en belevingswaarden** spelen hierin een rol? Helpende vragen:

→ wat vindt u belangrijk?

→ wat zou u graag willen (of kunnen) doen?

→ heeft u nagedacht over uw toekomst?

→ hoe ziet uw leven er uit over 3 jaar?

→ wat zou u graag anders zien aan de zorg die u nu ontvangt?

→ hoe belangrijk is het voor u om zelf betrokken te zijn bij beslissingen over uw gezondheid en hulpverlening?

ACP: wensen rondom levenseinde besproken ja/nee

Patiënt heeft behoefte dit bespreekbaar te maken ja/nee

Gemaakte afspraken:

	Patiënt benoemt contactpersoon:
	Patiënt geeft toestemming bespreking in MDO ja/nee
	Patiënt geeft toestemming medicatie review door apotheker ja/nee