



Verpleegkundige overdracht Zorginstellingen Goeree-Overflakkee

Betreft zorgvrager:		
Naam:		*
Meisjesnaam:		*
Voorletter(s):		*
Geboortedatum:		*
Adres:		*
Postcode/woonplaats:		*
Telefoonnummer:		*
Contactpersoon:		
1. Naam *	Telefoon *	Mobiel *
Relatie tot zorgvrager:		
2. Naam *	Telefoon *	Mobiel *
Relatie tot zorgvrager:		
Burgerlijke staat:		*
Huisarts (naam, telefoon):		*
Numerum zorgverzekeraar:		*
Sofi-nummer:		*

Zorgorganisatie:

Vanuit zorgorganisatie: *

Afdeling: *

Telefoonnummer: *

Ingevuld door: *

Naar zorgorganisatie: *

Afdeling: *

Data:

Datum van invullen: *

Datum van zorgoverdracht/overplaatsing: *

Ziektebeeld/Voorgeschiedenis:

*

Reden van opname:

*

Behandeling:

*

Voortzetten behandeling:

- O2
- Medicatie i.v
- Medicatie epiduraal
- Bloedsuikerbepaling
- Fysiotherapie
- Anders, namelijk

Reden van overplaatsing/ontslag:

*

Beschrijf bij onderstaande items de actuele situatie en de hulpvraag van de zorgvrager zo volledig mogelijk, zodat de instelling een goed beeld van deze zorgvrager krijgt.

Beschrijf de hulpvraag van de zorgvrager:

Lichamelijke hulpvraag

Zelfredzaamheid ADL	0	1	2	3	4	Verklaring codes
Eten	0	0	0	0	0	0: volledig vermogen tot zelfzorg
Uiterlijke verzorging	0	0	0	0	0	1: heeft apparatuur en/of hulpmiddelen nodig
Wassen	0	0	0	0	0	2: heeft hulp en/of begeleiding van anderen nodig
Toilet	0	0	0	0	0	3: heeft hulp en/of begeleiding van anderen nodig en apparatuur en/of hulpmiddelen
Mobiliteit	0	0	0	0	0	4: volledig afhankelijk
Medicijnen	0	0	0	0	0	

Voedingstoestand: *

Uitscheiding: *

Decubitus: *

Prothese(s): *

Hulpmiddelen: *

Psychische hulpvraag naar derden (o.a maatschappelijk werk, psycholoog, geestelijk verzorger)

(verwerking ziekteproces, ondersteuning mantelzorg)

*

Sociale hulpvraag

(bezoek, mantelzorg, tafeltje dekje, vrijwilligers)

*

Persoonlijke beleving

*

Spirituele hulpvraag

(pastorale hulpvraag, levensbeschouwelijke aspecten)

*

Hoe ervaart de zorgvrager zijn/haar overplaatsing/ontslag?

*

Heeft de zorgvrager specifieke wensen en behoeften m.b.t. de inhoud of organisatie van de zorg?

*

Hebben de naaste(n) van de zorgvrager specifieke wensen en behoeften m.b.t. de inhoud of organisatie van de zorg?

*

Organisatorische gegevens:

Is dit overdrachtsformulier ingevuld in samenwerking met de zorgvrager en/of diens naaste(n)?

Ja Nee

Naam + handtekening zorgvrager en/of naaste(n)

*

Verpleegplannen toegevoegd?

Ja Nee

Recepten meegegeven?

Ja Nee

Medicijnen voor eerste 24 uur meegegeven?

Ja Nee

Zijn er hulpmiddelen aangevraagd?

Ja, welke Nee

Is indicatie aangevraagd bij CIZ?

Ja Nee

