

Anamnese bij patiënten ouder dan 70

Geachte heer/mevrouw,

Om de zorgverlening tijdens uw bezoek aan het ETZ aan te passen aan uw specifieke situatie, vragen wij u de volgende vragenlijst in te vullen. Heeft u moeite met het invullen van de vragenlijst? Dan vragen wij aan uw contactpersoon om deze namens of samen met u in te vullen.

U geeft ons, met het invullen van deze vragenlijst, veel persoonlijke informatie. Dat realiseren wij ons. Uw antwoorden op de vragen worden zorgvuldig bewaard, vertrouwelijk behandeld en zijn alleen toegankelijk voor de verpleegkundigen en artsen die daadwerkelijk voor u of uw naaste zorgen.

Wilt u, waar nodig, graag uw gekozen antwoord aankruisen.

Volstaat ja of nee niet, geeft u dan s.v.p. een toelichting op uw antwoord.

*In deze folder leest u soms codes: *= G8, #= VMS, \$=ISAR-HP*

Deze zijn voor de zorg bedoeld!

Patiëntrelaties: hiermee bedoelen wij de mensen waarmee we informatie over u uit mogen wisselen. Deze mensen zijn voor u en voor ons het eerste aanspreekpunt. Als u een - door de rechter benoemde - curator of mentor heeft of iemand schriftelijk heeft gemachtigd om namens u te spreken, vragen we u dit hieronder aan te geven bij de eerste naam.

Eerste naam:

Relatie tot patiënt:

Telefoonnummer privé:

Telefoonnummer mobiel:

Tweede naam:

Relatie tot patiënt:

Telefoonnummer privé:

Telefoonnummer mobiel:

Voor welke klachten komt u naar het ziekenhuis:

.....
.....

Wat zijn uw verwachting(en) ten aanzien van een eventuele opname?

.....
.....

Wilt u dat er een naaste betrokken wordt bij uw verzorging of begeleiding?

.....
.....

Algemene informatie:

Bent u ergens allergisch voor? Denk aan medicijnen, pleisters of voedingsmiddelen.

nee **ja**

Zo ja, waarvoor:

.....

Rookt u?

nee **ja**

Zo ja, hoeveel sigaretten per dag?

.....

Gebruikt u alcohol?

nee **ja**

Zo ja, hoeveel glazen per dag:

.....

Bent u bekend bij specialisten in een ander ziekenhuis?

nee **ja**

Zo ja, naam en specialisme:

.....

MRSA:

Heeft u beroepsmatig contact met varkens, vleeskalveren of vleeskuikens of woont u op een bedrijf met varkens, vleeskalveren of vleeskuikens ?

nee **ja**

Bent u in de afgelopen 2 maanden in een buitenlands ziekenhuis behandeld?

nee **ja**

Bent u huisgenoot, partner of verzorgende van een MRSA positief persoon?

nee **ja**

Bent u opgenomen geweest in een andere NL-zorginstelling met MRSA/BMRO?

nee **ja**

Verbleef u de afgelopen twee maanden in een opvanglocatie van het COA?

nee **ja**

Medicijnen:

Heeft u uw medicijnen in eigen beheer?

nee **ja**

Zo nee, welke ondersteuning heeft u:

Baxter rol **Weekdoos** **Ondersteuning door een naaste**

Ondersteuning door de thuiszorg **Anders namelijk:**

.....

*Gebruikt u meer dan 3 voorgeschreven medicijnen per dag?

nee **ja**

Heeft u last van bijwerkingen?

nee **ja**

Zo ja, welke:

.....

Heeft dit invloed op het gebruik van uw medicijnen?

nee **ja**

Zo ja, wat voor invloed:

.....

Bij welke apotheek bent u aangesloten?

.....

Koopt u medicijnen bij de apotheek of drogist?

nee **ja**

Zo ja, welke medicijnen:

.....

Huidletsel:

Heeft u doorligplekken?

nee **ja**

Zo ja, waar:

.....

.....

Heeft u wonden?

nee **ja**

Zo ja, waar:

.....

.....

Voeding en gewicht:

Heeft u een speciaal dieet?

nee **ja**

Zo ja, welk:

.....

.....

*Wat is uw lengte: CM

*Wat is uw gewicht: KG

We zijn geïnteresseerd in u gewichtsbeloop in de afgelopen maanden. Hiervoor stellen we u een aantal gerichte vragen.

Bent u in de afgelopen 3 maanden onbedoeld afgevallen?

nee **ja** **onbekend**

*U weet niet of u in de afgelopen 3 maanden onbedoeld bent afgevallen?

ja

*Bent u in de afgelopen 3 maanden onbedoeld minder dan 3kg afgevallen?

nee **ja**

* Bent u in de afgelopen 3 maanden onbedoeld tussen 1 en 3 kg afgevallen?

nee **ja**

Bent u in de afgelopen maand onbedoeld minder dan 3 kg afgevallen?

nee **ja**

Bent u in de afgelopen 6 maanden onbedoeld minder dan 6 kg afgevallen?

nee **ja**

Had u de afgelopen maand:

*een normale eetlust?

nee **ja**

*een verminderde eetlust?'

nee **ja**

*een sterk verminderde eetlust?

nee **ja**

Heeft u de afgelopen maand drink- of sondevoeding gebruikt?

nee **ja**

Verslikt u zich weleens?

nee **ja**

Zo ja, waarin:

Heeft u een (gedeeltelijke)gebitsprothese?

nee ja

Toiletgang:

Heeft u problemen met het plassen?

nee ja

Zo ja, welke:

Verliest u weleens ongewenst urine?

nee ja

Heeft u problemen met het krijgen van ontlasting?

nee ja

Zo ja, welke problemen:

.....
.....

Verliest u wel eens ongewenst ontlasting?

nee ja

Gebruikt u incontinentiemateriaal?

nee ja

Zo ja, welk:

Mobiliteit:

*Bent uw bed of stoel gebonden?

nee ja

*Kunt u binnenshuis lopen?

nee ja

\$Maakt u gebruik van een hulpmiddel bij het binnenshuis lopen?

nee **ja**

*Kunt u buitenshuis lopen?

nee **ja**

\$Maakt u gebruik van een hulpmiddel bij het buitenshuis lopen?

nee **ja**

Welk hulpmiddel(en) gebruikt u voor het lopen?

.....
.....

Moet u thuis trap kunnen lopen?

nee **ja**

#Bent u de afgelopen 6 maanden gevallen?

nee **ja**

Zo ja, hoe vaak:

Slaap/rust:

Heeft u problemen met het in slaap komen?

nee **ja**

Heeft u problemen met het doorslapen?

nee **ja**

Kost alles wat u doet moeite?

nee **ja**

Kost het u moeite om op gang te komen?

nee **ja**

Slaapt u overdag?

nee **ja**

Zo ja, wanneer en hoe lang:

Heeft u hobby's, dagelijkse bezigheden?

nee **ja**

Zo ja, welke:

Waarneming:

Draagt u een bril of lenzen?

nee **ja**

Heeft u problemen met zien, al dan niet met lenzen of bril?

nee **ja**

Heeft u een gehoorapparaat?

nee **ja**

zo ja; **links** **rechts**

Kunt u goed horen, al dan niet met gehoorapparaat?

nee **ja**

Heeft u moeite met lezen, schrijven of spreken?

nee **ja**

Zo ja, omdat

Heeft u pijnklachten?

nee **ja**

Zo ja, waar:

Gedrag, geheugen en stemming:

Is uw gedrag anders geworden?

nee **ja**

Zo ja, kunt u dit beschrijven?

Hoort of ziet u weleens vreemde dingen waarvan u weet dat het niet klopt?

nee **ja**

Zo ja, kunt u dit beschrijven?

.....

*#Heeft u geheugenklachten?

nee **ja**

*Heeft u een ernstige depressie of dementie?

nee **ja**

*Heeft u een beginnende dementie of lichte depressie?

nee **ja**

	Goed	Matig	Slecht	Waar blijkt dit uit?
Hoe is uw geheugen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe is uw concentratie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoe is uw oriëntatie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien één of meer matig/slecht:

Zijn de problemen afgelopen maand begonnen?

nee **ja**

Zijn de problemen plotseling begonnen?

nee **ja**

Zijn de problemen erger geworden?

nee **ja**

Bent u bij een eerdere opname of ziekteperiode verward geweest?

nee **ja**

Heeft u na uw 14^{de} nog een opleiding gevolgd?

nee **ja**

Heeft u de laatste maand minder interesse of plezier in de dingen gehad?

nee **ja**

Heeft u zich de laatste maanden somber, depressief of wanhopig gevoeld?

nee **ja**

Is er een situatie gaande waardoor u veel stress/spanning ervaart?

nee **ja**

Zo ja, wilt u die benoemen?

.....
.....

Zo ja, hoe gaat u hiermee om?

.....
.....

*Hoe beoordeelt u uw gezondheid, in vergelijking met andere ouderen:

Beter **Net zo goed** **Weet niet** **Minder goed**

Sociale/woonsituatie:

Bent u?

gehuwd **weduwe/weduwnaar** **ongetrouwd** **gescheiden**

samenwonend **alleenstaand**

Heeft u kinderen?

nee **ja**

Zo ja, hoeveel:

Hoe is het contact met hen?:

Wat voor soort woning heeft u?

eengezinswoning **flat** **appartement** **aanleunwoning** **verzorgingshuis**

verpleeghuis **Anders, namelijk:**

Zijn er aanpassingen in huis? *N.v.t. als u in een verzorgings- of verpleeghuis verblijft.*

(trap)lift **beugels in toilet** **beugels in douche** **gelijkvloers** **drempelvrij**

alarmsysteem **Anders, namelijk:**

.....

Heeft u hulp van mantelzorg (partner/kinderen/buren etc.)?

nee **ja**

Zo ja, wat doet deze persoon voor u:

.....

.....

Heeft u hulp in de huishouding?

nee **ja**

Zo ja, van wie/welke organisatie:

.....

Hoe vaak:

Heeft u thuis hulp bij de persoonlijke verzorging?

nee **ja**

Zo ja, van wie/welke organisatie:

.....

Hoe vaak:

Waarvoor:

.....
.....

Maakt u gebruik van een maaltijdservice?

nee **ja**

Zo ja, van welke organisatie:

Bezoekt u?

dagopvang fysiotherapie ergotherapie psycholoog GGz

ouderenadviseur casemanager dementieconsulent

Zo ja, wat is de naam van de professional/praktijk die u bezoekt:

.....

Bent u bekend bij het Centrum Indicatiestelling Zorg (CIZ)?

nee **ja**

Zo ja, is er een indicatie gesteld/welke:

.....

Staat u ingeschreven voor opname in een zorgcentrum?

nee **ja**

Zo ja: voorkeur zorgaanbieder:

.....

Geloofsovertuiging:

Welke geloofsovertuiging heeft u?

.....

Bijzonderheden waarmee we in de zorg voor u rekening moeten houden?

.....
.....

Heeft u nog op- of aanmerkingen met betrekking tot een onderzoek, behandeling of opname?

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

Deze vragenlijst is ingevuld door:

Datum:

Hartelijk dank voor uw medewerking!

Belangrijke telefoonnummers

ETZ (Elisabeth-TweeSteden Ziekenhuis): (013) 221 00 00

Polikliniek Geriatrie: (013) 221 00 90

E-mailadres: secgeriatrie@etz.nl

Locatie ETZ Elisabeth

Route 57

Locatie ETZ Tweesteden

Route 93

Geriatric, 41.1345 10-19
Copyright© ETZ
Afdeling Communicatie

Aan deze uitgave kunnen geen rechten worden ontleend.