

Algemeen cliënt

Naam cliënt: m/v

Geboortedatum:/...../..... Cliëntnummer:

Gegevens ActiVite

Ingevuld door: *Marijolein Cloet*

Datum van invullen: *30/5/2015* Personeelsnummer:

Verzoek tot inzet zorg

Cliënt

Verwijzer nl.

huisarts sociaal wijkteam specialist/poli CIZ (thuiszorg vanuit WLZ gefinancierd)

anders, nl

Medische gegevens

Medische diagnose *gemetastaseerde longcarcinoom*

Medische voorgeschiedenis (ziekten, klachten, opnames enz.)

COPD → longemfysem
hypertensie

Huidige zorgsituatie (cliëntstelsel) Zie verder domein 3 Participatie

Welke zorg denkt u nodig te hebben?

terminale zorg

Wie is op dit moment betrokken bij de zorgverlening?

partner kinderen/familie burens vrijwilliger anders, nl

Welke ondersteuning is aanvullend mogelijk vanuit uw huidige netwerk?

nie netwerk

Beoordeling

Op basis van medische diagnose, eigen observaties en zorgvraag en mogelijkheden cliënt (systeem)

Is er inzet vanuit *WLZ* vereist?

Ja (in een woonservicecentrum van Activite, neem contact op met de RVE ID)

nee

Is er sprake van *MSVT*?

Ja, leg vast op de het formulier Activiteitenplan uitvoeren zorg

nee

Is er een vermoeden van *geneeskundige zorg* of een *hoog risico* hierop?

Ja, voer een verdiepende analyse uit (zie anamnese formulieren)

nee

Indien nee, is er zorg/ondersteuning nodig op het *sociale domein*?

Ja, verwijst de cliënt n.a.v. gesignaleerde behoefte m.b.v. de sociale kaart naar gemeente of andere aanbieder

nee, stop

Conclusie n.a.v. verdiepende analyse

WLZ

MSVT*

ZVW

WMO

particulier

*Indien alleen msvt: leg activiteiten vast op het activiteitenplan uitvoeren zorg.

Algemeen cliënt

Naam cliënt: m/v
 Geboortedatum:/...../..... Cliëntnummer:

Gegevens ActiVite

Ingevuld door: *Maëjolin Clack*
 Datum van invullen: *30/5/2015* Personeelsnummer:

Algemene gezondheid en aandachtspunten

Zintuigen

Visus problemen nee ja, nl
 Hulpmiddelen: bril anders, nl
 lenzen rechts links
 Gehoorproblemen nee ja, nl
 Hulpmiddelen: gehoorapparaat
 rechts links anders, nl
 Allergieën? nee niet bekend
 ja, nl

Overig

Rookt u? nee ja, *20* aantal per dag/week/maand
 Drinkt u alcohol? nee ja, *2* glazen per dag/week/maand
 Gebruikt u drugs? nee
 ja, (soort/hoeveelheid)

Besmettingsrisico

Bent u de afgelopen 2 maanden behandeld in een buitenlands ziekenhuis? nee ja
 Heeft u chronische huidaandoeningen of infecties die mogelijk verband houden
 of al aanwezig waren bij een eerdere buitenlandse behandeling? nee ja
 Bent u de afgelopen 2 maanden beroepsmatig in aanraking geweest met levende
 varkens of vleeskalveren of woont u op een varkenshouderij? nee ja
 Infectie (MRSA/BRMO) aangetoond? nee ja
 Wordt u behandeld met chemotherapie nee ja

Conclusie

n.v.t. MRSA/BRMO infectie aanwezig risico op besmetting
 Maatregelen genomen ja, zie activiteitenplan uitvoeren zorg

Risicosignalering veilig aanbieden van zorg

laag risico verhoogd risico
 Maatregelen genomen ja, zie activiteitenplan uitvoeren zorg

Algemeen cliënt	
Naam cliënt:	m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: <i>Macjolin Cloet</i>	
Datum van invullen: <i>30/5/2015</i>	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S)			Mobiliteit	
	zelfstandig	aanleren	gedeeltelijk hulp	volledige hulp
Lopen/voortbewegen			X	
Houding			X	
Toiletgang			X	
Transfers			X	
Hulpmiddel transfers	aanwezig: <input checked="" type="checkbox"/> glijzeil <input type="checkbox"/> traplift <input type="checkbox"/> tillift actief <input type="checkbox"/> tillift passief <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.			
Hulpmiddelen overig	<input checked="" type="checkbox"/> rollator <input type="checkbox"/> trippelstoel <input type="checkbox"/> rolstoel <input type="checkbox"/> stok <input type="checkbox"/> scootmobiel <input checked="" type="checkbox"/> hoog-laagbed <input checked="" type="checkbox"/> papegaai <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> anders, nl.			
Risicosignalering vallen	<input type="checkbox"/> laag risico op vallen <input checked="" type="checkbox"/> verhoogd risico op vallen			
Valincidenten	<input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, frequentie: x per week/maand			
2. Oorzaak/etiologie (E)				
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input checked="" type="checkbox"/> nee			
<input type="checkbox"/> de omgeving				
<input type="checkbox"/> psychosociaal				
<input checked="" type="checkbox"/> fysiek				
3. Zorgprobleem (P)				
<input type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl. <i>mobiliteitsstoort niveau 3</i>				
4. Doel				
<i>dagelijks</i>				
<i>she can veilig transfers maken met behulp van hulpmiddelen en verpleging.</i>				
5. Financieringsbron				
<input checked="" type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.				

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

	1. Signalen/symptomen (S)				ADL
	zelfstandig	aanleren	gedeeltelijk hulp	volledige hulp	
Aankleden					X
Uitkleden					X
Wassen					X
Steunkousen aantrekken					n.v.t.
Steunkousen uittrekken					n.v.t.
Mondverzorging					X
Haarverzorging					X
Nagelverzorging					X
Anders, nl.					

2. Oorzaak/etiologie (E)

- | | |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag | Cliënt (systeem) zelfredzaam |
| <input type="checkbox"/> de omgeving | <input type="checkbox"/> ja |
| <input type="checkbox"/> psychosociaal | <input type="checkbox"/> gedeeltelijk |
| <input checked="" type="checkbox"/> fysiek | <input checked="" type="checkbox"/> nee |

3. Zorgprobleem (P)

- geen zorgprobleem ja, nl. *Volledig persoonlijke - zorg-
behoefte, niveau 3*

4. Doel

*She wordt dagelijks geholpen met
adl.*

5. Financieringsbron

- aanspraak wijkverpleging msvt WLZ WMO n.v.t.
 anders, nl.

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S)	Medicatie
Gebruikt u medicijnen? <input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> in eigen beheer <input checked="" type="checkbox"/> beheer overgedragen	
Risicosignalering medicatie <input type="checkbox"/> laag risico <input checked="" type="checkbox"/> verhoogd risico	
Hulpmiddel bij medicatietoediening? <input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja, <input type="checkbox"/> geneesmiddel distributie systeem <input type="checkbox"/> Medido <input type="checkbox"/> anders, nl. <i>morfine pomp</i>	
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input checked="" type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> de omgeving	
<input type="checkbox"/> psychosociaal	
<input checked="" type="checkbox"/> fysiek	
3. Zorgprobleem (P)	
<input type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl. <i>Deigend tevoet in gezondheidsinstandhouding.</i>	
4. Doel	
<i>De woedt dagelijks geholpen met het gebruik en de instandhouding van de morfine pomp.</i>	
5. Financieringsbron	
<input checked="" type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt

Naam cliënt:m/v
 Geboortedatum:/...../..... Cliëntnummer:

Gegevens ActiVite

Ingevuld door:
 Datum van invullen:/...../..... Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S) Uitscheiding

Risicosignalering (in)continentie laag risico verhoogd risico
 incontinent urine/faeces:
 diagnose arts: (soort incontinentie)
 faeces: obstipatie anders:

Incontinentiemateriaal nee ja, materiaal: *terapants*
 leverancier: *apothek*
 besteld door: cliënt mantelzorg ActiVite

Hulpmiddelen po postool urinaal toiletverhoger
 anders:

Katheter nee ja, nl.
 verblijfskatheter 1 malig sp katheter anders, nl.
 materiaal:
 maat: *14 ch* vulling ballon *ø cc*

Stoma nee ja, soort Colostoma Ileostoma Urostoma
 leverancier:
 besteld door: cliënt mantelzorg ActiVite

2. Oorzaak/etiologie (E)

<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input checked="" type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> de omgeving	
<input type="checkbox"/> psychosociaal	
<input checked="" type="checkbox"/> fysiek	

3. Zorgprobleem (P)

geen zorgprobleem ja, nl. *Incontinentie voor faeces*

4. Doel

De wett dagelijks verschoond indien nodig

5. Financieringsbron

aanspraak wijkverpleging msvt WLZ WMO n.v.t.
 anders, nl.

Algemeen cliënt	
Naam cliënt:	m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door:	
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S)	Voeding en vocht
Risicosignalering ondervoeding	<input type="checkbox"/> laag risico <input checked="" type="checkbox"/> verhoogd risico <input type="checkbox"/> ondervoeding
Overgewicht	<input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja
Eetlust	<input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input checked="" type="checkbox"/> slecht
Drinken	<input type="checkbox"/> goed <input type="checkbox"/> matig <input checked="" type="checkbox"/> slecht
Dieet	<input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.
Problemen met eten/drinken	<input type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.: <input type="checkbox"/> slikken <input type="checkbox"/> geur <input type="checkbox"/> smaak <input type="checkbox"/> vergeetachtigheid <input checked="" type="checkbox"/> anders: <i>die wil niet meer</i>
Vochtbeperking	<input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, hoeveelheid: reden:
Toedieningsstelsel	<input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl. <input type="checkbox"/> neussonde <input type="checkbox"/> PEG sonde <input type="checkbox"/> infuus
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag <input type="checkbox"/> de omgeving <input checked="" type="checkbox"/> psychosociaal <input checked="" type="checkbox"/> fysiek	Cliënt (stelsel) zelfredzaam <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input type="checkbox"/> nee
3. Zorgprobleem (P)	
<input checked="" type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input type="checkbox"/> ja, nl.	
4. Doel	
<i>die heeft de wens uitgesproken niet meer te willen eten en drinken.</i>	
5. Financieringsbron	
<input type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S)	Huid
Risicosignalering decubitus	<input type="checkbox"/> laag risico <input checked="" type="checkbox"/> verhoogd risico <input checked="" type="checkbox"/> decubitus, locatie: <i>stuit</i> <input checked="" type="checkbox"/> graad 1 <input type="checkbox"/> graad 2 <input type="checkbox"/> graad 3 <input type="checkbox"/> graad 4
Risicosignalering smetten	<input type="checkbox"/> laag risico <input checked="" type="checkbox"/> verhoogd risico <input type="checkbox"/> smetten, locatie:
Huidaandoening	<input checked="" type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> verhoogd risico <input type="checkbox"/> ja, nl. <input checked="" type="checkbox"/> vochtletsel <input type="checkbox"/> eczeem <input type="checkbox"/> anders:
Wond (en)	<input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja, locatie: <i>stuit</i>
Verbandmateriaal	<input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl.: <i>mepilex sacrum</i> leverancier: <i>apothek</i> besteld door: <input type="checkbox"/> cliënt <input type="checkbox"/> mantelzorg <input checked="" type="checkbox"/> ActiVite
Wondanamnese	<input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag <input type="checkbox"/> de omgeving <input type="checkbox"/> psychosociaal <input checked="" type="checkbox"/> fysiek	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input checked="" type="checkbox"/> nee
3. Zorgprobleem (P)	
<input type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl. <i>Muiddefect</i>	
4. Doel	
<i>Medicae ochtend wandroeg volgens plan.</i>	
5. Financieringsbron	
<input checked="" type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt	
Naam cliënt:	m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door:	
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S)	Pijn
Pijnklachten <input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja	
Soort pijn	<i>steurende en kuisende pijn in het hele lichaam.</i>
Pijnbestrijding	<i>morfine pomp</i>
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag <input type="checkbox"/> de omgeving <input type="checkbox"/> psychosociaal <input checked="" type="checkbox"/> fysiek	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input checked="" type="checkbox"/> nee
3. Zorgprobleem (P)	
<input type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl. <i>Pijn</i>	
4. Doel	
<i>Dagelijks bijhouden van pijnscore en adequaat fysioactieve pijnbestrijding.</i>	
5. Financieringsbron	
<input checked="" type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt	
Naam cliënt:	m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door:	
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 1 Lichamelijk welbevinden en gezondheid

1. Signalen/symptomen (S)	Slapen en rust
Slaapproblemen <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, oorzaak	
Vermoeidheidsklachten <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, oorzaak	
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> de omgeving	
<input checked="" type="checkbox"/> psychosociaal	
<input checked="" type="checkbox"/> fysiek	
3. Zorgprobleem (P)	
<input checked="" type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input type="checkbox"/> ja, nl.	
4. Doel	
<i>She slaapt veel en wanneer de pijn is slaapt de prima</i>	
5. Financieringsbron	
<input type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt	
Naam cliënt:	m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door:	
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 2 Woon- en leefomstandigheden

1. Signalen/symptomen (S)	Veiligheid in en om het huis
Voldoende bewegingsruimte in de woning <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee, locatie:	
Aanpassingen nodig <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.:	
Toegang woning openen ingang/deur <input type="checkbox"/> zelfstandig <input checked="" type="checkbox"/> mantelzorg	
<input checked="" type="checkbox"/> sleutelkast: <input type="checkbox"/> thuis	
<input type="checkbox"/> anders, nl.:	
Heeft u speciale wensen t.a.v. privacy/bejegening?	
<i>nee</i>	
Personenalarmering <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, door:	
Huisdieren <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.:	
verzorging: <input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> mantelzorg	
<input type="checkbox"/> uitlaatservice <input type="checkbox"/> deels zelfstandig	
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag	Cliënt (systeem) zelfredzaam
<input type="checkbox"/> de omgeving	
<input type="checkbox"/> psychosociaal	
<input type="checkbox"/> fysiek	
	<input checked="" type="checkbox"/> ja
	<input type="checkbox"/> gedeeltelijk
	<input type="checkbox"/> nee
3. Zorgprobleem (P)	
<input checked="" type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input type="checkbox"/> ja, nl.	
4. Doel	
.....	
.....	
5. Financieringsbron	
<input type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t.	
<input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 2 Woon- en leefomstandigheden

1. Signalen/symptomen (S)		Schoonhouden van de woon- en leefomgeving	
Verzorging van de woning	<input type="checkbox"/> zelfstandig <input type="checkbox"/> deels zelfstandig <input type="checkbox"/> mantelzorg <input type="checkbox"/> Hulp bij Huishouden (Particulier) <input checked="" type="checkbox"/> Hulp bij Huishouden (WMO)		
Hygiëne	voldoende <input checked="" type="checkbox"/> in huis <input checked="" type="checkbox"/> badkamer <input checked="" type="checkbox"/> keuken <input checked="" type="checkbox"/> eten en drinken onvoldoende <input type="checkbox"/> in huis <input type="checkbox"/> badkamer <input type="checkbox"/> keuken <input type="checkbox"/> eten en drinken <input type="checkbox"/> anders, nl.:		
2. Oorzaak/etiologie (E)			
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag <input type="checkbox"/> de omgeving <input type="checkbox"/> psychosociaal <input type="checkbox"/> fysiek		Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> gedeeltelijk <input checked="" type="checkbox"/> nee	
3. Zorgprobleem (P)			
<input type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl. <i>WMO hulp bij het huishouden is aangevraagd.</i>			
4. Doel			
<i>de krijgt zo spoedig mogelijk huishoudelijke hulp</i>			
5. Financieringsbron			
<input type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input checked="" type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.			

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 3 Participatie

1. Signalen/symptomen (S)	Sociale contacten
Kinderen <input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl.: <i>2</i> <input type="checkbox"/> inwonend <input checked="" type="checkbox"/> uitwonend	
Netwerkkartaat ingevuld <input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl.:	
(Over)belasting mantelzorger <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.:	
Gevoel van eenzaamheid <input checked="" type="checkbox"/> nee <input type="checkbox"/> ja, nl.:	
Overige signalen/symptomen: <i>continu inloop van familie en vrienden, duidelijke afspraken.</i>	
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag <input checked="" type="checkbox"/> de omgeving <input type="checkbox"/> psychosociaal <input type="checkbox"/> fysiek	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> gedeeltelijk <input type="checkbox"/> nee
3. Zorgprobleem (P)	
<input checked="" type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input type="checkbox"/> ja, nl.	
4. Doel	
<i>Er zijn duidelijke afspraken tussen marktverzoeg en professionele verzoeg.</i>	
5. Financieringsbron	
<input checked="" type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t. <input type="checkbox"/> anders, nl.	

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 4 Mentaal welbevinden

1. Signalen/symptomen (S)	Mentale functies
---------------------------	------------------

Risicosignalering depressie laag risico verhoogd risico diagnose depressie is gesteld door arts

Ervaart u of uw omgeving problemen t.a.v.

Angst nee ja, nl.: *om dood te gaan*

Alertheid/concentratie nee ja, nl.: *door mijn vermindert*

Oriëntatie nee ja, nl.: tijd plaats persoon

Geheugen/cognitie nee ja, nl.: korte termijn lange termijn

Communicatie nee ja, nl.:

Verwardheid nee ja, nl.:

Delier nee ja, nl.:

(Probleem)gedrag nee ja, nl.: verbaal sociaal fysiek weigeren van zorg

2. Oorzaak/etiologie (E)

gezondheid gerelateerd gedrag

Cliënt (systeem) zelfredzaam

de omgeving

ja

psychosociaal

gedeeltelijk

fysiek

nee

3. Zorgprobleem (P)

geen zorgprobleem ja, nl.: *lichte angst*

4. Doel

dat de cliënt dagelijks praten over zijn gevoel van angst

5. Financieringsbron

aanspraak wijkverpleging msvt WLZ WMO n.v.t.

anders, nl.

Algemeen cliënt	
Naam cliënt: .....	.....m/v
Geboortedatum:/...../.....	Cliëntnummer:
Gegevens ActiVite	
Ingevuld door: .....	.....
Datum van invullen:/...../.....	Personeelsnummer:

Domein 4 Mentaal welbevinden

1. Signalen/symptomen (S)	Ziektebeleving/coping
Vind u het moeilijk om de aandoening/ziekteproces te accepteren?	
<input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja:	
Wat doet de aandoening/ziekte/beperving met u en uw omgeving?	
<i>Uedeit er angstig om dood te gaan. She geeft atar sich het leven anders te hebben voorgesteld.</i>	
Heeft u er moeite mee om de regie uit handen te geven	
<input type="checkbox"/> nee <input checked="" type="checkbox"/> ja:	
2. Oorzaak/etiologie (E)	
<input type="checkbox"/> gezondheid gerelateerd gedrag	Cliënt (systeem) zelfredzaam <input type="checkbox"/> ja <input checked="" type="checkbox"/> gedeeltelijk <input type="checkbox"/> nee
<input type="checkbox"/> de omgeving	
<input checked="" type="checkbox"/> psychosociaal	
<input type="checkbox"/> fysiek	
3. Zorgprobleem (P)	
<input type="checkbox"/> geen zorgprobleem <input checked="" type="checkbox"/> ja, nl. <i>matig gevoel van machteloosheid</i>	
4. Doel	
<i>She kan over gevoelens praten en huisaets is op de hoogte gebracht.</i>	
5. Financieringsbron	
<input checked="" type="checkbox"/> aanspraak wijkverpleging <input type="checkbox"/> msvt <input type="checkbox"/> WLZ <input type="checkbox"/> WMO <input type="checkbox"/> n.v.t.	
<input type="checkbox"/> anders, nl.	