

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-ergebnis / \_\_\_\_\_

## 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:

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