

# Vragenlijst: mijn gezondheid en zorgnoden



## OPNAME

Geachte mevrouw,  
Geachte heer,

U bent op dit moment opgenomen in UZ Leuven. Om uw opname zo goed mogelijk te laten verlopen, vragen wij u om deze vragenlijst zorgvuldig in te vullen. U mag de vragenlijst ook laten invullen door een familielid of naaste.

De informatie in deze vragenlijst geeft ons een beeld van uw algemene gezondheidstoestand (lichamelijk en geestelijk functioneren, voedings- en sociale toestand ...) **vóór uw opname** in het ziekenhuis. Deze informatie wordt uiteraard vertrouwelijk behandeld.

Als u vragen of opmerkingen heeft over deze vragenlijst kunt u terecht bij een van de zorgverleners. Mogen wij u vragen deze vragenlijst zo snel mogelijk in te vullen en terug te bezorgen aan een verpleegkundige van de afdeling?

Alvast hartelijk dank voor uw medewerking.



## Vragenlijst: mijn gezondheid en zorgnoden

Ingevuld door: ..... Datum: ..... / ..... / .....

- patiënt zelf                       partner van patiënt                       andere: .....
- kind(eren) van patiënt                       zorgverlener van UZ Leuven

### SOCIALE CONTEXT

#### WONEN

- Ik woon samen met:
  - alleenwonend
  - met echtgenoot of partner
  - met echtgenoot of partner en andere(n): .....
  - met kind(eren)
  - met andere(n): .....
  
- Ik woon in een:
  - huis
  - appartement
  - specifieke woonvorm (kangoeroewoning, gedeelde woning ...): .....
  - permanente woonvoorziening:
    - woonzorgcentrum naam: .....
    - serviceflat/assistentiewoning (eventueel verbonden aan een woonzorgcentrum)
    - beschut wonen
    - beschermd wonen voor personen met een handicap
    - psychiatrisch verzorgingstehuis
    - afdeling van een psychiatrisch ziekenhuis
    - andere: .....
  - ik ben dakloos/thuisloos (geen vast adres)
  
- Voor opname verbleef ik
  - thuis
  - tijdelijk elders, specificeer .....

## SOCIALE RELATIES

- Hoeveel kinderen heeft u? .....
- Heeft u personen waarvoor u de zorg op u neemt?      ja    neen  
Zo ja, voor wie (partner, kinderen, andere familieleden ...) zorgt u: .....
- Reden en aard van de zorg: .....

## ALGEMENE GEZONDHEIDSTOESTAND EN INSPANNINGSTOLERANTIE

- Hoe zou u uw gezondheidstoestand in het algemeen omschrijven?
  - uitstekend
  - zeer goed
  - goed
  - redelijk
  - slecht
- Hoe vaak (in een doorsnee week) hebt u het gevoel dat alles wat u doet een inspanning is?
  - zelden of nooit
  - 1 tot 2 dagen per week
  - 3 tot 4 dagen per week
  - 5 tot 7 dagen per week
- Hoe vaak doet u (in een doorsnee week) aan sport of recreatieve activiteiten (zoals dansen, joggen, zwemmen, fietsen, of andere soortgelijke activiteiten)?
  - nooit
  - 1 tot 2 dagen per week
  - 3 tot 4 dagen per week
  - 5 tot 7 dagen per week
- Drinkt u dagelijks alcoholische dranken?
  - ja
  - neen
- Indien ja, hoeveel glazen drinkt u per dag
  - bier: .....
  - wijn: .....
  - sterke drank: .....
- Rookt u?
  - ja
  - neen

- Indien ja, hoeveel rookt u per dag?

sigaren: .....

sigaretten: .....

andere, namelijk: .....

## FUNCTIONEREN

Wij hadden graag zicht gekregen op uw functioneren **vóór uw opname** in het ziekenhuis. Gelieve hieronder aan te duiden wat voor u van toepassing is.

## PERSOONLIJKE VERZORGING

- Wassen:

zelfstandig

gedeeltelijke hulp nodig om zich te wassen voor (bv. voeten): .....

volledige hulp nodig om zich te wassen aan de lavabo/in bed (omcirkel wat van toepassing is)

- Baden/douchen

zelfstandig

met hulp van derden

ik neem geen bad of douche

- Kleden:

's ochtends

zelfstandig

gedeeltelijke hulp nodig voor:  
.....

volledige hulp nodig

's avonds

zelfstandig

gedeeltelijke hulp nodig voor:  
.....

volledige hulp nodig

## MOBILITEIT

- Transfer in en uit bed:
  - zelfstandig
  - met lichte hulp van 1 andere persoon of toezicht
  - met veel hulp (2 personen of 1 sterke persoon)
  - bedlegerig of met behulp van een tillift

Heeft u een ziekenhuisbed?  ja  neen

- Stappen:
  - zelfstandig zonder loophulpmiddel
  - zelfstandig met loophulpmiddel (*omcirkel welk(e) hulpmiddel(en) u gebruikt*)  
stok – kruk – vierpikkel – looprek – vierwielrollator – driewielrollator – tweewielrollator
  - met hulp van derden
  - ik kan niet stappen (bed-/rolstoel-/zetelgebonden)

Indien u rolstoelgebonden bent, kunt u zich zelfstandig met deze rolstoel voortbewegen?

ja  neen

- Trappen:
  - ik kan zelfstandig de trap op en af
  - ik kan enkel de trap op en af met hulp van derden
  - ik kan geen trap op en af

Zijn er drempels of trappen bij de toegang tot uw woning?  ja  neen

Zijn er drempels of trappen in de woning (naar kelder, naar bovenverdieping ...)?  ja  neen

Kunt u zo nodig het nemen van trappen in uw woning vermijden?  ja  neen

## TOILETBEZOEK

- Naar het toilet gaan:
  - zelfstandig
  - gedeeltelijke hulp nodig voor: .....
  - volledige hulp nodig

Is er een toilet aanwezig op dezelfde verdieping als waar u slaapt?  ja  neen

## CONTINENTIE

- Verliest u soms ongewild urine?  nooit  af en toe  altijd  ik heb een sonde of urostoma

Indien sonde of urostoma:

Wie maakt het zakje van uw sonde leeg? .....

Wanneer werd uw sonde voor het laatst vervangen? ..... / ..... / .....

- Verliest u soms ongewild stoelgang?  nooit  af en toe  altijd  ik heb een stoma

Wie maakt het zakje van uw stoma leeg? .....

.....

- Gebruikt u een van onderstaande incontinentiematerialen (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

- inlegkruisje
- inlegverband
- optrekluijer
- kleefluiser
- condoomcatheter (man)
- ik gebruik geen incontinentiemateriaal

- Zo ja, wanneer gebruikt u die incontinentiematerialen?

- enkel overdag
- enkel 's nachts
- dag en nacht

## VOEDING

- Bent u de afgelopen drie maanden minder gaan eten?  ja  neen

- Bent u ongewild vermagerd gedurende de afgelopen drie maanden?  ja  neen

- Verslikt u zich dikwijls in:

- drank
- vaste voeding
- drank en vaste voeding
- ik verslik mij niet

- Volgt u een van onderstaande diëten (*meerdere antwoorden mogelijk*)?

- diabetes (suikerarm)
- zoutarm
- energierijk (calorierijk)
- bijvoeding (bv. Nutridrink)

andere: .....

ik volg geen dieet

• Eten/drinken:

volledig zelfstandig

hulp bij voorbereiden van de maaltijd (bv. snijden, smeren ...)

hulp nodig om te  eten  drinken

voeding via een voedingssonde

Datum plaatsing: ..... / ..... / .....

• Gebruikt u hulpmiddelen tijdens het eten/drinken?

ja  neen

Zo ja, welke? .....

## HUISHOUDEN

• Ik gebruik zelfstandig de telefoon

ja  neen

• Ik doe zelfstandig boodschappen

ja  neen

• Ik kook zelfstandig warme maaltijden

ja  neen

• Ik doe zelfstandig het huishouden

ja  neen

• Ik doe zelf de was

ja  neen

• Ik verplaats me zelfstandig met fiets, auto of openbaar vervoer (*schrapp wat niet past*)  ja  neen

• Hoeveel verschillende medicijnen neemt u?

geen

1-4

5 of meer

• Ik neem zelfstandig mijn medicatie in

ja  neen

Indien neen, wie helpt u bij de inname van uw medicatie: .....

Ondervindt u moeilijkheden bij het innemen van uw medicatie (vergeten, vergissen ...)?

ja  neen

Wie legt uw medicatie klaar?

ikzelf

mijn partner

de thuisverpleegkundige

iemand anders: .....



Maakt u gebruik van een medicatiedoos om uw medicatie klaar te zetten?  ja  neen

• Ik beheer zelf mijn geld  ja  neen

Indien neen, wie zorgt hier dan voor? .....

## VALLEN

• Hoe vaak bent u gevallen in de afgelopen zes maanden? ..... keer

• Draagt u een personenalarmsysteem?  ja  neen

## PIJN

• Had u pijn vóór uw hospitalisatie?  ja  neen

Indien ja, was de intensiteit van de pijn:

licht  matig  ernstig  vreselijk/ondraaglijk

Wanneer was de pijn aanwezig?

dagelijks  continu  overdag  's nachts

• Waar had u voornamelijk pijn? .....

• Had de pijn invloed op uw dagelijks functioneren?  ja  neen

## SLAAP

• Slaapt u over het algemeen goed?  ja  neen

Indien neen:

ik kan niet goed inslapen

ik word vroeg wakker

• Gebruikt u slaapmedicatie?  ja  neen

## MENTAAL FUNCTIONEREN

### STEMMING

• Voelde u zich de afgelopen maand vaak verdrietig, depressief of hopeloos?  ja  neen

• Had u de afgelopen maand vaak last van weinig interesse of plezier in de dingen?  ja  neen

• Indien ja, wilt u daarvoor geholpen worden?  ja  neen

## GEHEUGEN

- Vergeet u regelmatig dingen?  ja  neen
- Is er sprake geweest van een recente periode van abnormale verwardheid?  ja  neen
- Kreeg u reeds een geheugenonderzoek?  ja  neen  
Zo ja, waar en wanneer vond dit plaats? .....

## GEDRAG

- Merkt u de laatste tijd veranderingen op in uw gedrag (bv. meer angstig, onrustig ...)?  ja  neen  
Zo ja, welke gedragsveranderingen ervaart u? .....
- Ziet of hoort u dingen die er niet zijn?  ja  neen
- Bent u 's nachts soms onrustig of verward?  ja  neen

## ZINGEVING EN RITUELEN

- Heeft u het gevoel dat uw leven momenteel betekenis mist?  ja  neen
- Maakt u zich zorgen over het verlies van uw mogelijkheden en/of thuisomgeving?  ja  neen
- Wenst u de ziekenzalving of ziekenzegening te ontvangen?  ja  neen

## VERWACHTINGEN NA HOSPITALISATIE

- Wat verwacht u na de hospitalisatie?
  - een terugkeer naar de plaats van herkomst
  - een tijdelijke opvang in een kortverblijf of hersteloord
  - een opname in een woonzorgcentrum/serviceflat/assistentiewoning
- Werden er reeds preventieve aanvragen voor opname in een woonzorgcentrum gedaan?
  - ja, bij volgende woonzorgcentra: .....
  - neen
  - ik verblijf reeds in een woonzorgcentrum

## CONTACTGEGEVENS

### FAMILIE/NAASTEN

- Schrijf hieronder de gegevens van uw belangrijkste contactpersonen. Zet bovenaan de persoon die als eerste gecontacteerd mag worden tijdens de opname. Duid aan wie bij problemen 's nachts mag verwittigd worden.

Naam en voornaam	Verwantschap (bv. echtgenoot, dochter ...)	Telefoonnummer (werk/privé)	's Nachts verwittigen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen
			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> neen

### HUISARTS

Naam: .....

.....

Adres: .....

.....

Tel. ....

### APOTHEKER

Naam: .....

.....

Adres: .....

.....

Tel. ....

## THUISZORGONDERSTEUNING (invullen indien van toepassing)

- Welke thuiszorgondersteuning was er reeds **vóór uw opname** in het ziekenhuis? Vul aan in onderstaande tabel.

Thuiszorgondersteuning	Frequentie (aantal x per dag/week/...)	Organisatie en contactgegevens (adres, telefoon)	Soort hulp
<input type="checkbox"/> Thuisverpleging	... x per dag ... x per week		<input type="checkbox"/> Wassen <input type="checkbox"/> Kleden <input type="checkbox"/> Medicatie <input type="checkbox"/> Steunkousen <input type="checkbox"/> Wondzorg <input type="checkbox"/> Andere: . . . . .
<input type="checkbox"/> Kinesitherapeut	... x per week		<i>Bv. massage, stappen, oefentherapie: oefeningen armen en benen ...</i>
<input type="checkbox"/> Ergotherapeut			<i>Bv. woningaanpassing, advies hulpmiddelen ...</i>
<input type="checkbox"/> Gezinshulp	... x per week		<i>Bv. koken, hulp bij wassen of kleden, boodschappen, poetsen ...</i>
<input type="checkbox"/> Poetshulp	... x per maand		
<input type="checkbox"/> Maaltijden aan huis	... x per week		
<input type="checkbox"/> Klusjesdienst			<i>Bv. gras maaien, onkruid wieden, loodgieterij ...</i>
<input type="checkbox"/> Mantelzorger(s)			<i>Bv. koken, boodschappen, strijken, gezelschap houden ...</i>
<input type="checkbox"/> Dagopvang	... x per week		
<input type="checkbox"/> Nachtopvang	... x per week		
<input type="checkbox"/> Andere (logopedist, diëtist, oppasdienst ...)			

