

MEDICATIE EN ALLERGIEËN

Lijst medicatie: _____

 Allergieën: _____

RECENTE MEDISCHE INGREPEN

Ja, namelijk: _____

VOORKEUR ZIEKENHUIS

Ja, namelijk: _____
(Indien er een personenalarm aanwezig is, dient dit in de woning te blijven.)

DAGELIJKSE HANDELINGEN

<input type="checkbox"/> Besef van tijd en ruimte	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Geheugen	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Algemene mobiliteit	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Zicht	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Gehoor	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Spreekt Nederlands	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Begrijpt Nederlands	<input type="checkbox"/> Goed	<input type="checkbox"/> Gemiddeld	<input type="checkbox"/> Slecht
<input type="checkbox"/> Andere:	_____		

GEGEVENS CONTACTPERSONEN

CONTACTPERSOON 1 (met zorgvolmacht)

Naam: _____
 Voornaam: _____
 Tel.: _____
 Relatie: _____

CONTACTPERSOON 2

Naam: _____
 Voornaam: _____
 Tel.: _____
 Relatie: _____

DATUM LAATSTE UPDATE

Naam: _____
 Hoedanigheid: _____ Datum: _____