

GENEESKUNDIGE VERSLAG VIR TOELATING TOT
TEHUIS/VERSWAKTE AFDELING

1. VOLLE NAAM EN VAN: _____

2. OUDERDOM: _____

3. APPLIKANT SE MEDIESE GESKIEDENIS EN VORIGE BEHANDELING:

4. ALGEMENE ONDERSOEK:

Bloeddruk lesing: _____

HB Lesing: _____

HGT Lesing: _____

4.1 Algemene liggaamlike toestand

4.2 Asemhalingstelsel

4.3 Hart- en bloedvatstelsel

4.4 Urinêrestelsel (Urinetoets asb)

INKONTINENT

Ja

Nee

Indien “Ja,” Spesifiseer inkontinente produkte:

4.5 **Spysvertering en ander abdominale stelsels**

4.6 **Spier- en skeletstelsel** (Meld enige afwykings)

4.7 **Sentrale senustelsel**

4.8 **Endokriene stelsel**

4.9 **Ander toestande** (Ly die pasiënt aan enige van die volgende?)

Rumatiek	☐	Kroniese osteo-artritis	☐	Veneriese siekte	☐
Miopatie	☐	Vorige hemiplegie	☐	Aansteeklike siektes	☐
Parkinson	☐	Velsiekte	☐	Serebrale atrofie	☐
				Allergieë	☐

4.10 **Het die applikant beheer oor sy/haar uitskeidingsfunksies?**

Ja ☐ Nee ☐

4.11 **Het die applikant probleme met:**

(OPMERKINGS)

Spraak	☐	
Balans	☐	
Gehoer	☐	
Sig	☐	
Smaak	☐	

4.12 Kanker geskiedenis: (Beskryf asb.)

4.13 Dui aan:

PRIVAAT-PASIËNT		STAAT-PASIËNT	
Duur van behandeling:			

5. GEESTESGESONDHEID (Maak kruisie waar van toepassing. Indien nvt skryf so in.)

5.1	GEESTESGESONDHEID	
	Hallusinasies/Delirium	
	Vervolgingswaan	
	Ander: (Beskryf)	

5.2	ANGSTOESTANDE	
	Psigosomaties	
	Obsessief-kompulsief	
	Histerie	
	Fobies	

5.3	DEPRESSIE	
	Matig	
	Ernstige	
	Endogeen	

5.4	DEMENTIA	
	Vaskulêre Dementia	
	Alzheimer's	
	Ander: Spesifiseer:	

5.5	PERSOONLIKHEIDSTOORNISSE	
	Passief afhanklik	
	Passief aggressief	

Algemene opmerkings t.o.v. bogenoemde:

5.6	MIDDELAFHANKLIKHEID OF MISBRUIK (Spesifiseer, bv. Alkohol/medikasie)	
	Sosiaal	
	Chronies	

5.7	EPILEPSIE	JA		NEE	
-----	------------------	-----------	--	------------	--

Opmerking: (Dui aan tipe medikasie)

5.8	INTELLEKTUEEL GESTREMD	JA		NEE	
-----	-------------------------------	-----------	--	------------	--

Opmerking:

6. HUIDIGE PSIGIESE/FISIESE FUNKSIONERING

6.1 Persoonlike Funkسیونering:

6.2 Oriëntasie ten opsigte van verandering:

6.3 Kommunikasie vaardigheid: (Beskryf asb.) _____

6.4 Bewussyn vlak: (Dui aan)

Wakker ☐ Apaties ☐ Slaperig ☐ Afgestomp ☐ Passief ☐

Opmerkings: _____

6.5 Gedrag:

6.6 Het die applikant gereeld hulp nodig in verband met sy/haar mobiliteit, kleding, voeding, medikasie en persoonlike higiëne? (Beskryf asb. volledig waar van toepassing)

Mobiliteit:

(a) Permanent bedlêend ☐ (b) Rystoel gebonde ☐

(c) Mediese hulpmiddels ☐

Kleding:

Voeding:

Medikasie:

Persoonlike Higiëne:

Veltoestande (Bv. Druksere/Ulkus/Scabies):

7. KRONIESE MEDIKASIE TANS IN GEBRUIK/DOSIS

(Spesifiseer ten opsigte van fisiese- en geestesgesondheid)



Posbus 150
Rawsonville, 6845

023 349 1190

admin@huislafras.co.za

8. HOE LANK BEHANDEL U DIE PASIËNT AL? _____

En indien wel dui kortliks die aard en omvang van behandeling aan:

9. ALGEMENE OPMERKINGS:

GENEESHEER
(Drukskrif)

GENEESHEER
(Handtekening)

DATUM

Adres:

Tel no:

Praktyknr:

E-pos Adres:

HUIS LAFRAS MOOLMAN, Brandstraat 29, Rawsonville, 6845 Tel nr: 023 349 1190
admin@huislafras.co.za