

AANVRAAG VOOR **KORTVERBLIJF** in het woon- en zorgcentrum 'Den Olm'

Gewenste opnemingsperiode: van \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ uur tot en met \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ uur

Identiteitsgegevens van de tijdelijk op te nemen persoon:

Naam/voornaam: \_\_\_\_\_

Burg. Staat : echtg./wed. van : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Geboortedatum : / /      Geboorteplaats : \_\_\_\_\_

Ziekfondsgegevens : Kleef hier een mutualiteitsstrookje van betrokkene.

Waar verblijft betrokkene momenteel: thuis / ziekenhuis / bij familie / andere (schrappen wat niet past)

Is betrokkene recent in een ziekenhuis opgenomen geweest ? zo ja, welk :

Naam / adres / telefoonnummer van de huisarts : dr. \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Contactpersoon betreffende deze opnemingsaanvraag:

Naam / adres : \_\_\_\_\_

Telefoonnummer : \_\_\_\_\_      Verwantschap met betrokkene : \_\_\_\_\_

Andere contactpersonen/verwanten (naam/adres/telefoonnummer)

- 1.
- 2.
- 3.

Omschrijf hieronder de reden van aanvraag tot kortverblijf :

Gelieve de bijgevoegde medische vragenlijst (voor personen die in een ziekenhuis verblijven een recent ingevulde **KATZ- schaal**) door de huisarts of behandelende geneesheer te laten invullen. Bezorgt de medische vragenlijst, tesamen met dit aanvraagformulier, aan de administratie van het woon-en zorgcentrum 'Den Olm' op onderstaand adres. Gelieve ondervermelde dienst te verwittigen indien er zich een wijziging in de situatie zou voordoen. (Annulatie van de aanvraag, wijziging gezondheidstoestand of opnemingsperiode,...)

Het indienen van deze aanvraag tot kortverblijf houdt noch voor de aanvrager, noch voor het woon- en zorgcentrum enige verbintenis in voor wat betreft de toezegging tot kortverblijf. Definitieve afspraken terzake worden van kracht na het opmaken van een contract van tijdelijke opnemingsaanvraag tussen betrokkene en de rustoordirectie.

Contactadres :

Centrale administratie  
Woon- en zorgcentrum  
DEN OLM  
P/A Schoolstraat 55, 2820 BONHEIDEN  
Tel. 015/50.03.50 (tussen 9.30 en 17.30 uur)