Naam Patient:

**Zorgleefplan B30**

[Geef hier de samenvatting van het document op. De samenvatting is een korte beschrijving van de inhoud van het document. Geef hier de samenvatting van het document op. De samenvatting is een korte beschrijving van de inhoud van het document.]

**Noorderpoort**

**[Geef het bedrijfsadres op]**

**[Geef het telefoonnummer op]**

**[Geef het faxnummer op]**

**Inhoudsopgave:**

**Persoonssituatie:**

**Ziektebeelden**

**Zorgleefplan**

* **Woon- en leefomstandigheden**
* **Participatie**
* **Mentaal welbevinden en autonomie**
* **Lichamelijk welbevinden en gezondheid**

**Rapportage per domein**

**Rapportage Algemeen**

**Medicatie aftekenlijst**

**Bijzondere controle lijst**

**Vochtbalans**

**Wondbehandelplan**

**Algemene typering cliënt**

**Algemeen: een actueel en beknopt beeld van de cliënt als persoon, met de eigen waarden,**

**leefstijl en voorkeuren; verleden, heden en toekomst in de levensloop**

**van deze persoon**

**Zorg: ervaringen, waarden en voorkeuren van de cliënt m.b.t. (complexe) zorg**

**Naam cliënt:**

**Datum gesprek:**

**Aanwezig bij gesprek:**

**Naasten:**

**Ingevuld door:**

**Aangevuld door:**

**Datum:**

**Typeer de cliënt in korte bewoordingen en met instemming**

**van de cliënt en familie**

*<ruimte voor patiëntomschrijving uit de casus>*

**Ziektebeelden**

|  |
| --- |
| Cliënt is bekend met:Hart en vaat ziekten:Longziekten: Spierziekten:Diabetes:Anders:Allergieën:Cliënt heeft de volgende operaties ondergaan:Reden: Datum:Reden:Datum:Reden:Datum:Reden:Datum: |

**Woon- en leefomstandigheden**

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderwerpen:** | **Situatie en****voorkeuren/wensen/behoeften/noden**Hoe ging/was dat vroeger? Hoe was u het gewend? Wat veranderde er toen u hulp moest gaan krijgen van anderen? Hoe is het nu voor u? Wat wilt u veranderen? Wat wilt/kunt u zelf? Wat wilt u ons vragen? |
| Inrichting |  |
| Opgeruimd en schoon |  |
| Veiligheid |  |
| Dagritme |  |
| BewegingsmogelijkhedenMeubilair, gebruiksgemakIn uw woningOp uw kamerIn uw appartementElders in zorginstellingBuitenshuis |  |

**Participatie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderwerp** | **Situatie en voorkeuren/wensen/behoeften/noden**Hoe ging/was dat vroeger? Hoe was u het gewend?Wat veranderde er toen u hulp moest gaan krijgen vananderen? Hoe is het nu voor u? Wat wilt u veranderen?Wat wilt/kunt u zelf? Wat wilt u ons vragen? |
| Dagbesteding |  |
| Sociaal leven |  |
| Contact samenleving |  |
|  |  |

**Mentaal welbevinden en Autonomie:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderwerp** | **Situatie en voorkeuren/wensen/behoeften/noden**Hoe ging/was dat vroeger? Hoe was u het gewend? Wat veranderde er toen u hulp moest gaan krijgen van anderen? Hoe is het nu voor u? Wat wilt u veranderen? Wat wilt/kunt u zelf? Wat wilt u ons vragen? |
| Levensinvulling |  |
| Respect |  |
| Identiteit |  |
| Stemming |  |

**Lichamelijk welbevinden en gezondheid**

|  |  |
| --- | --- |
| **Onderwerp** | **Situatie en voorkeuren/wensen/behoeften/noden**Hoe ging/was dat vroeger? Hoe was u het gewend? Wat veranderde er toen u hulp moest gaan krijgen van anderen? Hoe is het nu voor u? Wat wilt u veranderen? Wat wilt/kunt u zelf? Wat wilt u ons vragen? |
| **Voeding**Smakelijke maaltijdenHapjesDrankjes |  |
| Schoon en verzorgd lichaam |  |
| Lichamelijke functies enmogelijkhedenZintuigenRust en bewegingLiggen, zitten, staan enlopen |  |
| Gezondheidsbevorderingen –beschermingGezondheidsbeleving |  |
| Medicijngebruik |  |
| Urine en ontlasting |  |
| **Doelen per domein** |
| **Ingevuld door:** |
| **Domeinen** |  **Doelen** | **Actie/interventie** | **Evaluatie:****Hoe en wanneer?** |
| 1Woon- en leefomstandigheden | (VOORBEELD)1. Mw. vindt zelf de weg op haarkamer/toilet2. Mw. vindt zelf haar weg naarhuiskamer, restaurant, AB zaal |  |  |
| 2.Participatie | (VOORBEELDEN)1. Mw. luistert naar eigenbehoefte naar TV en radio2. Mw. praat naar eigen behoefteover haar interesses3. Mw. belt op vaste avond methaar zoon |  |  |
| 3.Mentaal welbevinden | (VOORBEELD)Mw. geeft aan dat ze zich op haargemak voelt hier in huis en metde vaste medewerkers |  |  |
| 4.Lichamelijk welbevinden | (VOORBEELDEN)1. Mw. valt niet2. Mw. loopt zelfstandig metrollator3.Mw. heeft vast medicijnpatroonzonder allergische reacties4. Mw. heeft dagritme dat haargoed bevalt5. Mw. heeft goedgehoorapparaat6. Mw. voelt zich netjes verzorgd7. Mw. heeft goed gewicht |  |  |

Rapportage per doel

|  |  |
| --- | --- |
| **Domein** |  **Rapportage per doel, met tijd en naam verantwoordelijke dienst** |
| 1Woon- en leefomstandigheden |  |
| 2Participatie |  |
| 3Mentaal welbevinden |  |
| 4Lichamelijk welbevinden en gezondheid |  |

**Rapportageblad**

Naam cliënt:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Datum** |  **Dagelijkse rapportage** | **Paraaf** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Medicatie aftekenlijst**

Naam cliënt : ………………………………………………...

Start datum : ………………………………………………...

Stop datum : …………………………………………………

Medicatie:………………………………………………...

Dosering : …………………………………………………

Bijz.heden : …………………………………………….......

Tijd:………….. ………….. ………….. ………….. …………..

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **datum** | **8.00** | **12.00** | **18.00** | **22.00** | **Zo nodig** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Bijzondere controle lijst**

Naam cliënt:….......................................................

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Datum** | **Tijd** | **Temperatuur** | **Tensie** |  **Pols**  | **Ademhaling** | **Paraaf** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**Vochtbalans**

Een volwassene wordt aangeraden ongeveer 1,5 liter water drinken

Ouderen vanaf 70 jaar wordt aangeraden 1,7 liter te drinken

|  |
| --- |
| **Naam cliënt:****Datum:** |
| **Tijd**  | **Neergezet** | **Ingenomen**  | **Paraaf** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Wondbehandelingslijst**

Datum:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Datum:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

Datum:

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**