

Naam cliënt:

I.D:

PSYCHISCHE STATUS

BEWUSTZIJN	<input type="checkbox"/> helder	<input type="checkbox"/> suf	<input type="checkbox"/> reageert niet op aanspreken	
GEDRAG	<input type="checkbox"/> normaal	<input type="checkbox"/> passief	<input type="checkbox"/> onrustig	
	<input type="checkbox"/> behulpzaam	<input type="checkbox"/> afwerend	<input type="checkbox"/> agressief	
STEMMING	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> somber	<input type="checkbox"/> anders:.....	
anders:.....				
ORIËNTATIE	in tijd:	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> wisselend	<input type="checkbox"/> gestoord
	in plaats:	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> wisselend	<input type="checkbox"/> gestoord
	in persoon:	<input type="checkbox"/> goed	<input type="checkbox"/> wisselend	<input type="checkbox"/> gestoord

KENNENDE FUNCTIES

ik- besef: goed derealisatie depersonalisatie
 waarneming: goed hallucinatie, manifesterend als:.....
 denken: goed wanen, manifesterend als

AANTAL UREN PGB

20 uren p/w 25 uren p/w 30 uren p/w
 35 uren p/w 40 uren p/w inwonend

Samenvattende noodzaak tot deze aanvraag:

Datum AVBZ:.....

Datum wijziging zorgsituatie:.....

Naam en Handtekening verpleegkundige:.....



Naam cliënt:

I.D: