





Naam cliënt

I.D:

**PSYCHISCHE STATUS:**

BEWUSTZIJN             helder                             suf                             reageert niet op aanspreken  
GEDRAG                 normaal                             passief                     onrustig  
                              behulpzaam                     afwerend                 agressief                 anders:.....  
STEMMING             goed                                 somber                     anders:.....  
ORIËNTATIE            in tijd:                             goed                         wisselend                 gestoord  
                             in plaats:                         goed                         wisselend                 gestoord  
                             in persoon:                        goed                         wisselend                 gestoord

**KENNENDE FUNCTIES**

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

| Hoofd Code |  |  |  |                 |
|------------|--|--|--|-----------------|
|            |  |  |  | ... x ..... uur |
|            |  |  |  | .. x .. ... uur |
|            |  |  |  | .. x ..... uur  |
|            |  |  |  | .. x ..... uur  |
|            |  |  |  | .. x ..... uur  |
|            |  |  |  | .. x ..... uur  |

**Noodzakelijke  
zorgproducten**

Samenvattende noodzaak tot deze aanvraag:

**Datum in zorg:** .....



**SVB** Banko di Seguro Sosial

Naam cliënt

I.D:

**Naam en Handtekening verpleegkundige: .....**