SCREENING
ZELFSTANDIG FUNCTIONEREN NA HERSENLETSEL



NOTITIES:

BETROKKEN ZORGPROFFESSIONALS:

NAAM: .....

DATUM: .....

	RAPPORTEERT ACHTERUITGANG
1. HOE GAAT HET ZELFVERZORGING & HUISHOUDEN (ADL & HDL)	☐
2. HOE GAAT HET MET HOBBY'S (EN WERK)?	☐
3. HOE GAAT HET MET VERMOEIDHEID EN DE NACHTRUST?	☐
4. MERKT U VERANDERING IN GEHEUGEN EN CONCENTRATIE? (VERMOEIDHEID / HOOFDPIJN / PRIKKELS / VOL HOOFD, 'WATTEN' HOOFD OF ONRUST)	☐
5. BENT U RECENT NOG GEVALLEN OF BIJNA GEVALLEN?	☐
6. HEEFT U MOEITE MET HET VOEREN VAN EEN GESPREK? (ARTICULEREN, WOORDEN VINDEN, VERHAAL VERTELLEN, LUISTEREN EN BEGRIJPEN)	☐
7. HOE GAAT HET MET LEZEN EN SCHRIJVEN?	☐
8. HOE GAAT HET MET HOREN EN ZIEN? (VERWERKEN VAN BEELDEN, DUBBEL ZIEN)	☐
9. HOE GAAT HET MET UW GEWICHT EN VOEDING? AFNAME VAN GEWICHT, KAUWEN, (VER)SLIKKEN, SPEEKSELPROBLEMATIEK	☐
10. HEEFT U ANDERE LICHAMELIJKE KLACHTEN? (KRACHTSVERLIES, SENSIBILITEITSSTOORNISSEN, SLIKKEN, GEZICHT- MOND & TONG MUSCULATUUR, PIJN, DUIZELIGHEID, INCONTINENTIE)	☐
*11. HOE GAAT HET MET VRIJEN / INTIMITEIT?** *PREMORBIDE*	☐

**AF TE NEMEN DOOR HUISARTS EN/OF ERGOTHERAPEUT*

Op de competentiekaart vindt u een overzicht welke per discipline ingeschakeld kan worden bij een positief antwoord