



Naam opsteller:

.....

Datum:

Observatie van gedragsveranderingen bij cliënten in de thuiszorg

Naam:

Straat + nummer:

Wijk:

Gemeente:

Huisarts:

Geheugen

	Ja	Neen	Soms
Vergeet de Cliënt steeds welke dag het is?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Valt hij/zij vaak in herhalingen zonder het zelf te beseffen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertelt hij/zij regelmatig hetzelfde verhaal tijdens een gesprek?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kan hij/zij regelmatig niet op bepaalde woorden komen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merk je aan het antwoord dat hij/zij geeft op een vraag, dat de vraag niet is begrepen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haalt hij/zij tijden door elkaar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kent hij/zij nog de waarde van het geld, kan hij/zij nog zelfstandig betalen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persoonlijke opmerkingen of voorbeelden :

.....
.....
.....

Persoonlijkheidsveranderingen

	ja	neen	soms
Is de cliënt meer in zichzelf gekeerd dan vroeger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vertoont hij/zij minder belangstelling voor bv wekelijkse kaartnamiddag?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voor bv lezen van de krant?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bv volgen van favoriete series op TV?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ligt hij/zij meer in zijn/haar bed dan vroeger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zit de cliënt er triestig bij?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weent hij/zij meer dan vroeger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is hij/zij meer geïrriteerd?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is hij/zij sneller agressief?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is hij/zij wantrouwig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ziet of hoort hij/zij dingen die er niet zijn?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Persoonlijke opmerkingen of voorbeelden :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Naam opsteller + handtekening

.....