

**AANSOEK OM DIENSTE IN BADISA  
FASILITEIT VIR OUER PERSONE**



- Verswakte Afdeling  
 Behuising

TEHUIS:.....

1. FAMILIENAAM: \_\_\_\_\_

2. VOLLE VOORNAME: \_\_\_\_\_

3. ID. NO:

4. GEBOORTEDATUM:

5. ADRES: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. TELEFOON NO: \_\_\_\_\_ (Kode: \_\_\_\_\_) [Self]

TELEFOON NO: \_\_\_\_\_ (Kode: \_\_\_\_\_)  
[Kontakpersoon/Kind]

7. GESLAG: Manlik  Vroulik

8. HUWELIKSTAAT: \_\_\_\_\_

9. NAAM VAN EGGENOOT/EGGENOTE: \_\_\_\_\_

OF DATUM WANNEER OORLEDE, GESKEI OF VERVREEMD: \_\_\_\_\_

10. HUISTAAL: \_\_\_\_\_ 11. KERKVERBAND: \_\_\_\_\_

12. VORIGE BEROEP: \_\_\_\_\_

13. PERSOON/INSTANSIE VERANTWOORDELIK VIR U BEGRAFNIKOSTE:

Naam: \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Telno: \_\_\_\_\_ (Kode \_\_\_\_\_)

14. HET U 'N TESTAMENT?  Ja  Nee

WIE IS U EKSEKUTEUR? \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_

Telno: \_\_\_\_\_ (Kode \_\_\_\_\_)

15. NAAM VAN HOSPITAAL EN LÊERNO: \_\_\_\_\_

16. NAAM VAN MEDIESE FONDS: \_\_\_\_\_

Mediese Fonds Nommer: \_\_\_\_\_

17. HOEVEEL KINDERS HET U? \_\_\_\_\_

18. BESONDERHEDE VAN ALLE KINDERS (OF NAASVERWANTE INDIEN GEEN KINDERS):

Name	Adresse en Telno's	Verwantskap	Beroep
[1]			
[2]			
[3]			
[4]			
[5]			

Name	Adresse en Telno's	Verwantskap	Beroep
[6]			
[7]			

*[Heg asseblief aparte lys aan, indien ruimte onvoldoende is]*

19. **WAAR BEVIND U U TANS?**

Eie woning     Woonstel     Kinders     Hospitaal     Versorgingsoord

20. **HOEDANIG IS U GESONDHEID?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Het u hulp nodig ten opsigte van die volgende?

mobiliteit (spesifiseer) \_\_\_\_\_

bad/was/eet/aantrek \_\_\_\_\_

mediese diagnose (bv hartkwale, hoë bloeddruk of gebreke)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. **WANNEER WIL U OPGENEEM WORD?**

So gou moontlik     Later

22. **HIERMEE VERKLAAR EK** dat die gegewens in hierdie aansoekvorm verstrekk, na die beste van my wete waar en juis is. Ek onderneem om, indien ek as inwoner van die tehuis opgeneem word, ek my sal neerlê by die reëls en regulasies van die tehuis, wat van tyd tot tyd gewysig mag word.

-----  
**HANDTEKENING VAN APPLIKANT  
(OFF GEVOLGMAGTIGDE)**

-----  
**DATUM**

**GENEESKUNDIGE VERSLAG VIR TOELATING TOT  
TEHUIS/VERSWAKTE AFDELING**

1. VOLLE NAAM EN VAN: \_\_\_\_\_

2. OUDERDOM: \_\_\_\_\_

3. APPLIKANT SE KWALE (Geskiedenis, simptome en vorige behandeling):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. ALGEMENE ONDERSOEK:

4.1 Algemene liggaamlike toestand  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.2 Asemhalingstelsel  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.3 Hart- en bloedvatstelsel                      Bloeddruklesing:      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.4 Urinstelsel en geslagsorgane (Urinetoets asb)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.5 Spysvertering en ander abdominale stelsels  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.6 Spier- en skeletstelsel (Meld enige afwykings)  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4.7 **Sentrale senustelsel**

---



---

4.8 **Geestestoestand** (Ly die applikant aan enige van die volgende?)

Depressie: \_\_\_\_\_

Seniele demensie: \_\_\_\_\_

Psigose/Neurose: \_\_\_\_\_

Aggressiewe gedrag: \_\_\_\_\_

Beskryf asseblief bogenoemde indien van toepassing en of inrigtingsorg belangrik is:

---



---



---



---

4.9 **Ander toestande** (Ly die pasiënt aan enige van die volgende?)

Rumatiek  Kroniese osteo-artritis  Tabes dorsalis  Miopatie

Vorige hemiplegie  Serebrale atrofie  Parkinsonisme

Velsiektes  Aansteeklike siektes  Allergieë

4.10 **Het die applikant beheer oor sy/haar uitskeidingsfunksies?** \_\_\_\_\_

4.11 **Het die applikant probleme met:** Doofheid  Swak sig  Spraak

4.12 **Is enige kankergewasse gediagnoseer?** (Beskryf asb)

---



---



---

4.13 **Het applikant probleme met alkohol-/dwelmmisbruik?** (Beskryf asb)

---



---



---

4.14 **Is applikant:** [a] Permanent bedlënd?  [b] Rystoelgebonde?

4.15 **Het die applikant gereeld hulp nodig in verband met sy/haar mobiliteit, kleding, voeding, medikasie en persoonlike higiëne? (Beskryf asb volledig waar van toepassing)**

Mobiliteit: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Kleding: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Voeding: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikasie: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Persoonlike Higiëne: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **MEDISYNE TANS GEBRUIK (Meld volledig asb)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. **HOE LANK BEHANDEL U DIE PASIËNT AL?** \_\_\_\_\_

7. **ALGEMENE OPMERKINGS:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**GENEESHEER**  
**[DRUKSKRIF]**

\_\_\_\_\_  
**GENEESHEER**  
**[HANDTEKENING]**

\_\_\_\_\_  
**DATUM**

Adres: \_\_\_\_\_

Telno: \_\_\_\_\_ (Kode \_\_\_\_\_)

**VERSLAG VAN MAATSKAPLIKE WERKER**

1. **FAMILIENAAM:** \_\_\_\_\_

**VOLLE NAME:** \_\_\_\_\_

**GEBOORTEDATUM:**

**ADRES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**TELEFOON NO:** \_\_\_\_\_ (Kode: \_\_\_\_\_)

2. **GESINSAMESTELLING EN -VERHOUDINGE:**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

3. **PERSOONLIKE BESONDERHEDE (Persoonlikheid, belangstellings, aanpassing in groepsituasie, ens):**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. **OMGEWING- EN BEHUISINGSOMSTANDIGHEDE (Woonomstandighede, motivering vir opneming, huisvestingsprobleme):**  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

5. **FISIEKE TOESTAND** (Algemene gezondheidstoestand, hulp ivm versorging, allergieë, gebruikmaking van hulpmiddels, hospitalisasie, ens):

---



---



---



---

6. **PSIGIESE TOESTAND** (Swak geheue, begripsvermoë, depressie, psigose, aggressiewe gedrag):

---



---



---

Psigiatriese verslag aangeheg? Ja  Nee

7. **EKONOMIESE OMSTANDIGHEDE:**

---



---

8. **REDES VIR OPNEMING** (Ouderdom, maatskaplike omstandighede, huisvestingsprobleme, liggaamlike- en fisiese verswakking, ekonomiese omstandighede, vereensaming):

---



---



---

9. **DIENSTE REEDS GELEWER** (Asook ander tehuisaansoeke):

---



---

10. **AANBEVELING** (Spesifiseer tipe plasing, bv kamer, siekeboeg, woonstel)

---



---



---

11. **MOTIVERING TEN OPSIGTE VAN NIE-BEJAARDE/GESTREMDE:**

---



---



---

-----  
**MAATSKAPLIKE WERKER**

-----  
**NAAM VAN ORGANISASIE**

-----  
**DATUM**



## VERKORTE MAATSKAPLIKE VERSLAG

**Geagte Ds/Pastoor/Mnr/Mej/Me**

Hierdie verslag moet so gou moontlik deur 'n predikant/pastoor/maatskaplike werker voltooi word. Indien die vereiste maatskaplike gegewens nie verskaf word nie, kan 'n aansoek om toelating tot 'n tehuis vir bejaardes nie aanvaar word nie.

Stuur asseblief die voltooide verslag **vertroulik** na onderstaande adres, so spoedig moontlik.

Die uwe

-----  
**BESTUURDER/MATRONE**

-----  
**DATUM**

**ADRES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
**MAATSKAPLIKE VERSLAG OOR:**

Mnr/Mev/Mej \_\_\_\_\_

Adres: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Meld asseblief hoe lank u aan die aansoeker bekend is:** \_\_\_\_\_

**A. FISIEKE EN PSIGIESE TOESTAND**

**Ja**

**Nee**

**In 'n mate**

Is die aansoeker in staat om:

\* Eie maaltye voor te berei en te kook




\* Huis skoon te hou




\* Self te bad




\* Self aan te trek




\* Sonder hulp te eet




\* Vrylik of sonder hulp te beweeg




**Gesondheid:**

Goed

Wisselvallig

Swak

Gedagtes helder

Vergeetagtig

Tekens van belangeloosheid

Duidelike tekens van seniliteit

B. **HUIDIGE BEHUISING:**  Eie huis  Huurhuis  Hotel  Huis vir Bejaardes  
 Hospitaal  Woon saam met andere  Woon saam met kinders

**Sekerheid ivm huidige akkommodasie:**  Onbepaald  Onseker  
 Moet padgee  Kan aanbly, maar omstandighede geval bejaarde nie

**Verskaf redes:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

C. **MAATSKAPLIKE OMSTANDIGHEDE:**

**Sorg:**  Sorg vir hom-/haarself  Word deur kinders/familie/vriende/ander versorg

**Gehalte sorg:**  Goed  Redelik  Onvoldoende

**Sosiale kontakte:**  Genoegsame kontak met gesin/familie/vriende  
 Kontak baie beperk  Eensaam

**Sosiale aanpassing:**  Wel-aangepas  Sosiale situasie moeilik  
 Terneergedruk  Gedragsprobleme

**Gee besonderhede:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D. **REDES VIR OPNEMING:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

E. **AANBEVELING:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-----  
**PREDIKANT/PASTOOR/MAATSKAPLIKE WERKER**

-----  
**DATUM**

**ADRES:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

# FINANSIËLE VERKLARING

(Dokumentêre bewyse van alle inkomste/uitgawes moet aangeheg word)

NAAM VAN APPLIKANT: \_\_\_\_\_

A. INKOMSTE	Verw no	Maandelikse Inkomste	
		Self	Gade
<b>1. PENSIOEN ONTVANG (Meld soort pensioen)</b> Betaalpunt [bv bank/poskantoor]			
1.1			
1.2			
1.3			
<b>2. ANNUÏTEITE (Meld naam van fonds)</b>			
2.1			
2.2			
2.3			
<b>3. INKOMSTE UIT TRUSTFONDSE EN ONDERHOUDSGELDE</b> (Meld naam van fonds/persoon)			
3.1			
3.2			
3.3			
<b>4. AANDELE (Meld naam van fonds)</b>			
4.1			
4.2			
4.3			
<b>5. DIREKTEURSGELDE (Meld naam van maatskappy)</b>			
5.1			
5.2			
5.3			
<b>6. KONTANTBELEGGINGS</b> (Spesifiseer finansiële instellings)	Bedrag belê	Maandelikse rente	
		Self	Gade
6.1			
6.2			
6.3			
6.4			
6.5			

7. VASTE EIENDOM (Bv plase, wonings) Volledige omskrywing en waar geleë	Munisipale waardasie	Uitstaande verband	MAANDELIKSE INKOMSTE	
			Self	Gade
7.1				
7.2				
8. ANDER BRONNE VAN INKOMSTE (Bv inkomste uit besigheid, vruggebruik, ens) Spesifiseer asb			Self	Gade
8.1				
8.2				
8.3				
8.4				
<b>TOTAAL</b>			R _____	

**B. VERKLARING TEN OPSIGTE VAN BATES VERKOOP OF SKENKINGS GEMAAK:  
(Voltooi asseblief volledig)**

1. Het u enige bates (vaste eiendom) verkoop of geskenk die afgelope vyf (5) jaar?  
Indien wel, verstrek asb die volgende besonderhede:

[a] Bates verkoop (beskrywing) \_\_\_\_\_  
 [i] Datum verkoop \_\_\_\_\_  
 [ii] Bruto verkoopsprys R \_\_\_\_\_  
 [iii] Min verkoopsonkoste (spesifiseer op aparte vel asb) R \_\_\_\_\_  
 Netto opbrengs \_\_\_\_\_

[b] Bates geskenk (beskrywing) \_\_\_\_\_  
 [i] Datum geskenk \_\_\_\_\_  
 [ii] Waarde R \_\_\_\_\_

[c] Kontant geskenk (beskrywing) \_\_\_\_\_  
 [i] Datum geskenk \_\_\_\_\_  
 [ii] Bedrag geskenk R \_\_\_\_\_

2. **UITGAWES VAN 'N DEURLOPENDE AARD (Dokumentêre bewyse moet asb verskaf word) by ledegeld van mediese fondse en munisipale belasting, verbandpaaieimente, ens in geval van eiendom:**

2.1 \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
 2.2 \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_  
 2.3 \_\_\_\_\_ R \_\_\_\_\_

TOTAAL R \_\_\_\_\_

Ek verklaar dat bostaande inligting deur my verskaf na die beste van my wete waar en juis is en dat verklaarde inkomstes alle inkomste van die aansoeker is vir die belastingjaar.

-----  
 HANDTEKENING VAN AANSOEKER/GEVOLMAGTIGDE

-----  
 DATUM

*LW: Rente-inkomstes moet gestaaf word deur saldoserifikate vanaf finansiële instellings.  
 Valse verklarings is 'n strafbare oortreding.*

## VERKLARING

**Ek sertifiseer** dat, voordat ek die voorgeskrewe eed/bevestiging afgeneem het, ek die volgende vrae aan die verklaarder gestel het en sy/haar antwoorde in sy/haar teenwoordigheid neergeskryf het:

[a] Is u vertrouwd met die inhoud van bostaande verklaring en begryp u dit?

Antwoord: \_\_\_\_\_

[b] Het u enige beswaar teen die aflê van die voorgeskrewe eed?

Antwoord: \_\_\_\_\_

[c] Beskou u die voorgeskrewe eed as bindend vir u gewete?

Antwoord: \_\_\_\_\_

**Ek sertifiseer** dat die verklaarder erken dat hy/sy vertrouwd is met die inhoud van die verklaring en dit begryp. Hierdie verklaring is beëdig/bevestig voor en die verklaarder se handtekening/duimafdruk/merk is in my teenwoordigheid daarop aangebring.

-----  
KOMMISSARIS VAN EDE

-----  
PLEK

-----  
DATUM

<b>VIR KANTOORGEBRUIK</b>	
NETTO INKOMSTE	R _____
LOSIES PER MAAND	R _____

**VIR AMPTELIKE GEBRUIK DEUR KEURINGSBEAMPTTE: DEPARTEMENT VAN GESONDHEID EN WELSYN**

<b>Totale Bruto Inkomste</b>	R _____
Min goedgekeurde aftrekkings (spesifiseer)	
[a] _____	R _____
[b] _____	R _____
[c] _____	R _____
[d] _____	R _____
<b>Netto Inkomste</b>	<b>R _____</b>

**Inkomstegroepkode**

-----  
BEAMPTTE - DEPARTEMENT: MAATSKAPLIKE DIENSTE

-----  
DATUM

# PSIGIATRIESE VERSLAG

<b>NAAM:</b>	
<b>ADRES:</b>	
<b>OUDERDOM:</b>	

## MAAK 'N KRUISIE WAAR TOEPASLIK

1.	BINNE-PASIËNT	BUIE-PASIËNT	
DUUR VAN BEHANDELING			

2.	GEESTESGESONDHEID
	Skisofrenie, insluitend hallusinasies
	Skisofrenie, insluitend delusies/ paranoïde gedagtes

Uiterlike manifestasies

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

3.	ANGSTOESTANDE
	Psigosomatias
	Obsessioneel-kompulsief
	Histerie
	Fobias

Uiterlike manifestasies

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

4.	DEPRESSIE
	Reaktief/matig
	Endogeen/ernstig
	Manies-depressiewe psigose

5.	AKUTE STOORNISSE
	Delirium/verwardheidstoestande
	Chroniese demensie

Graad

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

6.	PERSOONLIKHEIDSTOORNISSE
	Passief afhanklik
	Passief aggressief

7.	DRANKPROBLEEM
	Sosiaal
	Chronies
	Breinskade

8.	EPILEPSIE	JA	NEE

Opmerkings

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

9.	VERSTANDELIKE VERTRAGING
----	--------------------------

10.	DWELMMISBRUIK
-----	---------------

11. **HUIDIGE FUNKSIONERING**11.1 **Persoonlike higiëne:**

---

11.2 **Oriëntasie ten opsigte van veranderinge:**

---

11.3 **Vermoë om te kommunikeer:**

---

11.4 **Emosies/Wakkerheid:**

---

11.5 **Gedrag:**

---

AGRESSIEF	MISHANDELING	DWAAL ROND	INKONTINENSIE	ANDER

12. **PROGNOSE**

---

---

13. **MEDIKASIE**

---

---

---

14. **BEHANDELING**

---

---

---

-----  
**HOEDANIGHEID**-----  
**HANDTEKENING**-----  
**DATUM**

**DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES AND WELFARE ADMINISTRATION  
DEPARTEMENT VAN GESONDHEIDSDIENSTE EN WELSYN ADMINISTRASIE**

**ASSESSMENT OF THE DEGREE OF PHYSICAL AND MENTAL FRAILITY OF RESIDENTS OF HOMES FOR THE AGED AND HOMES FOR DISABLED PERSONS.**

**BEOORDELING VAN DIE GRAAD VAN FISIEKE EN GEESTELIKE VERSWAKKING VAN 'N APPLIKANT/INWONER : TEHUIS VIR BEJAARDES OF GESTREMDES**

NAME OF RESIDENT: .....  
NAAM VAN INWONER: .....

DATE OF BIRTH: .....  
GEBORTEDATUM: .....

ASSESSMENT DATE: .....  
EVALUERING DATUM: .....

Select the appropriate statement under each section and enter the applicable point in the block adjacent to the statement. Columns are provided for subsequent evaluations. *Vul die punte van die toepaslike beskrywing in die ooreenstemmende blokkie in.*

**1. MOBILITY / BEWEEGLIKHEID**

- (a) Moves independently, with or without appliances  
*Beweeg onafhanklik, met of sonder hulpmiddels*
- (b) Moves with the aid of a walking stick, walking frame/wheelchair with partial support or supervision / *Beweeg met behulp van 'n kiere, loopraam, rolstoel met gedeeltelike hulp of toesig*
- (c) Moves only when aided by staff member  
*Beweeg slegs met behulp van die personeel*
- (d) Bedridden and totally dependent on assistance. Must be transferred from bed/chair/bed. *Bedlënd en totaal afhanklik van hulp. Moet oorgeplaas word van bed/stoel/bed.*

Points Punte	Evaluation / Beoordeling			
	1	2	3	4
0				
2				
3				
4				

**2. PERSONAL HYGIENE / PERSOONLIKE HIGIENE**

**2.1 Care of hands, face and feet / Versorging van hande, gesig en voete**

- (a) Completely independent / *Heeltemal selfstandig*
- (b) Requires supervision / *Benodig toesig*
- (c) Requires assistance e.g. nailcutting / *Benodig hulp bv. knip van naels*
- (d) Totally dependent / *Heeltemal afhanklik*

0				
1				
2				
3				

**2.2 Oral Care / Mondsorg**

- (a) Completely independent / *Heeltemal selfstandig*
- (b) Requires supervision to care for teeth / *Benodig toesig met tandversorging*
- (c) Requires assistance with care of teeth / *Benodig hulp met tandversorging*
- (d) Totally dependent. Requires care with aid of a mouth tray / *Heeltemal afhanklik. Benodig versorging met behulp van mondbakkie.*

0				
1				
2				
4				



2.3 Bath/Shower / Bad/Stort

- (a) Completely independent / *Heeltemal onafhanklik*
- (b) Requires encouragement and supervision / *Benodig aanmoediging en toesig*
- (c) Requires assistance / *Benodig hulp*
- (d) Dependent - must be bathed / *Afhanklik - moet gebad word*

Points Punte	Evaluation / Beoordeling			
	1	2	3	4
0				
1				
2				
3				

2.4 Beard and Hair Care / Baard en haarversorging

- (a) Completely independent. Care results in neat appearance. Safe to shave alone. *Heeltemal onafhanklik. Versorging gee netjiese voorkoms. Veilig om self te skeer.*
- (b) Requires supervision / *Benodig toesig*
- (c) Requires assistance / *Benodig hulp*
- (d) Totally dependent / *Heeltemal afhanklik*

0				
1				
2				
3				

3. EATING/DRINKING CAPABILITIES / EET- EN DRINKVERMOENS

- (a) Completely independent / *Heeltemal selfstandig*
- (b) Requires supervision / *Benodig toesig*
- (c) Requires partial assistance e.g. to cut meat, butter bread and/or must be encouraged to eat / *Benodig gedeeltelike hulp bv. om vleis te sny, brood te smeer en/of moet aangemoedig word om te eet.*
- (d) Totally dependent upon assistance / *Heeltemal afhanklik van hulp*
- (e) Dependent on tube feeding / *Afhanklik van buisvoeding*

0				
1				
2				
3				
4				

4. CLOTHING / KLEDING

- (a) Dresses/undresses completely independently / *Trek heeltemal selfstandig aan en uit*
- (b) Requires supervision with dressing/undressing / *Benodig toesig met aan en uittrek*
- (c) Requires assistance to dress/undress e.g. with buttons, zips, shoelaces etc. *Benodig hulp met aan en uittrek bv. met knope, ritssluiters, skoenveters ens*
- (d) Totally dependent / *Heeltemal afhanklik*

0				
1				
2				
3				

5. SIGHT / GESIGSVERMOË

- (a) Sight good or impaired, but able to function independently / *Gesigsvermoë goed of verswak maar nog in staat om selfstandig te funksioneer*
- (b) Sight poor - requires partial assistance / *Gesigsvermoë swak - benodig gedeeltelike hulp*
- (c) Blind - totally dependent on assistance / *Blind - heeltemal afhanklik van hulp*

0				
1				
3				

6. HEARING / GEHOOR

- (a) Hearing good to reasonable to deaf, but able to function independently  
*Gehoer goed tot redelik tot doof maar nog in staat om selfstandig te funksioneer*
- (b) Hearing poor to deaf. Communicates with difficulty and/or is a disturbance to others / *Gehoer swak tot doof; kommunikeer met moeite en/of is 'n steurnis vir ander*
- (c) Hearing poor to deaf - a risk to him/herself and for others / *Gehoer swak of doof - 'n risiko vir hom/haarself en/of andere*

Points Punte	Evaluation Beoordeling			
	1	2	3	4
0				
1				
3				

7. TREATMENT / BEHANDELING

7.1 Medication / Medikasie

- (a) Uses medicine independently as and when required / *Gebruik medikasie onafhanklik soos benodig.*
- (b) As "a", but monthly control necessary. Medicine must be ordered for resident / *Soos "a" maar maandelikse kontrole nodig. Medisyne moet vir inwoner bestel word*
- (c) Medicine is administered, requiring specialized assistance / *Medisyne moet toegedien word. Gespesialiseerde hulp word benodig*

0				
1				
3				

7.2 Care of bed sores / Versorging van drukplekke

- (a) Not required / *Geen benodig*
- (b) At least 3 times a day / *Ten minste 3 keer per dag*
- (c) Every 4 hours / *Elke 4 uur*
- (d) Every 2 hours / *Elke 2 uur*

0				
1				
2				
3				

8. TOILET HABITS / TOILET GEWOONTES

- (a) Self sufficient. Complete control of functions / *Selfversorgend. In volle beheer van funksies*
- (b) Self sufficient, but experiences problems with stress or mild incontinence. Requires encouragement to practice bladder control. Requires supervision with use of toilet / *Selfversorgend maar ondervind probleme met druklek of geringe inkontinensie. Benodig aanmoediging vir blaasbeheer oefeninge. Benodig toesig met toiletgebruik*
- (c) Periodic accidents with no prior preventative measures / *Periodieke ongelukke sonder voorafgaande voorsorgmaatreëls*
- (d) Requires catheter and/or colostomy care / *Benodig kateter en/of kolostomie sorg*
- (e) Total urine and faecal incontinence / *Totale urien en ontlastingsinkontinensie*

0				
1				
2				
3				
4				

9. **THERAPEUTIC ACTIVITIES / TERAPEUTIESE AKTIWITEITE**

e.g. handiwork, exercises, guidance counselling, socialisation, handling of money  
 bv. handwerk, oefening, voorligting, sosialisering, handtering van geld

- (a) Requires no motivation or support / *Benodig geen motiveering of ondersteuning*
- (b) Requires 15 to 30 minutes support per day / *Benodig 15 tot 30 minute ondersteuning per dag*
- (c) Requires 30 to 60 minutes support per day / *Benodig 30 tot 60 minute ondersteuning per dag*
- (d) Requires support in excess of 60 minutes per day / *Benodig ondersteuning vir meer as 60 minutes per dag*

Points Punte	Evaluation / Beoordeling			
	1	2	3	4
0				
1				
2				
3				

10. **MENTAL CONDITION / GEESTESTOESTAND**

10.1 **Memory / Geheue**

- (a) Good memory - no support required / *Geheue goed - benodig geen ondersteuning nie*
- (b) Failing memory - no recollection of where clothing or articles were placed  
*Gebrekkige geheue bv. geen herinnering waar kledingstukke of artikels geplaas is nie*
- (c) Serious loss of memory/confused/antisocial behaviour or aggressive  
*Ernstige geheueverlies/verward/antisosiale gedrag of aggressief*

0				
2				
4				

10.2 **Emotional Support / Emosionele steun**

Counselling and/or support / *Beraad en/of ondersteuning*

- (a) No support required / *Geen ondersteuning benodig*
- (b) Requires support 15 to 30 minutes per day / *Benodig ondersteuning 15 tot 30 minutes per dag*
- (c) Requires support in excess of 30 minutes per day / *Benodig ondersteuning vir meer as 30 minutes per dag*

0				
2				
3				

10.3 **Communication abilities / Kommunikasievermoë**

- (a) Normal communication / *Normale kommunikasie*
- (b) At times unable to communicate desires/needs / *Soms onvermoë om begeertes/behoefes bekend te maak / te verballseer*
- (c) Total absence of communication / *Algehele afwesigheid van kommunikasie*

0				
1				
2				

10.4 **Orientation in respect of time, place and person**

*Orientasie ten opsigte van tyd, plek en persoon*

- (a) Normal / *Normaal*
- (b) At times disorientated / *Ten tye gedisoriënteerd*
- (c) Often disorientated, restless, wanders around / *Dikwals gedisoriënteerd, rusteloos, dwaal rond*
- (d) Continuously disorientated, but does not disturb other residents / *Gedurig gedisoriënteerd, maar steur nie die ander inwoners nie*
- (e) Total disorientation. Goes astray/must be attended/disturbs other/apathetic.  
*Totaal gedisoriënteerd/Verdwaal/moet opgepas word/steur ander/apaties*

0				
1				
2				
3				
4				

10.5 Comprehension / Begripsvermoë

- (a) Good ability to follow simple instructions and to understand motives and situations / *Goeie vermoë om eenvoudige opdragte te volg en motiewe en situasies te verstaan*
- (b) Able to follow simple instructions, but poor understanding of motives and situations / *In staat om eenvoudige opdragte te volg, maar swak begrip van motiewe en situasies*
- (c) Poor ability to follow simple instructions and poor understanding of motives and situations / *Swak vermoë om eenvoudige opdragte te volg en swak begrip van motiewe en situasies*
- (d) Unable to follow either simple instructions or understand motives and situations / *Nie in staat om eenvoudige opdragte te volg en motiewe en situasies te begryp nie*

Points Punte	Evaluation / Beoordeling			
	1	2	3	4
0				
1				
2				
3				

11 WORK ABILITY

(To be completed in respect of non-aged disabled persons only)

- (a) Able to work in sheltered employment/open labour market
- (b) Able, after instruction, to perform protected work with little supervision
- (c) Requires regular supervision to perform protected work
- (d) Unable to perform any protected work

0				
1				
2				
3				

TOTAL / TOTAAL

--	--	--	--

KEY TO SCORE / SLEUTEL TOT PUNTETELLING		
Points/Punte	Care/Versorging	Group/Groep
0 - 11	Self care / <i>Selfversorgend</i>	1
12 - 25	Moderate care / <i>Matige versorging</i>	2
26 and over 26 en meer	Maximum care / <i>Maksimale versorging</i>	3

GROUP CLASSIFICATION / GROEPINDELING				
Evaluation <i>Beoordeling</i>	Group <i>Groep</i>	Date <i>Datum</i>	Signature <i>Handtekening</i>	Capacity <i>Hoedanigheid</i>
1st/1ste				
2nd/2de				
3rd/3de				
4th/4de				