



**Werkgroep Noord-Hollandse Diaconale Vakantieweken  
Rooseveltpaviljoen**

**AANMELDINGSFORMULIER 2019**

**Zomerweek 27 juli tot en met 3 augustus 2019**

Als u voor de zomerweek kiest dan dit formulier,  
samen met de ingevulde medische verklaringen,  
graag **vóór 1 maart 2019** sturen aan:

**Judith Hoogenboom  
Slotlaan 98  
3233 DE Oostvoorne**

of E-mailen naar :

**stichtingholydays@kpnmail.nl**

Door uw aanmelding staat het nog niet vast dat u ook deelnemer bent.  
Pas als u een schriftelijke bevestiging van ons hebt ontvangen staat u als vakantiegast op de lijst.  
Verder is het dan ook nog nodig dat het verschuldigde deelnemersgeld tijdig betaald wordt.  
Uiteraard streven wij ernaar u zo gauw mogelijk te laten weten of u mee kunt.

**Gegevens deelnemer**

Naam		m / v
Adres		
Postcode en woonplaats		
Geboortedatum		
Telefoonnummer		
Bankrekeningnummer		
BSN nummer		
E-mailadres		

**Gegevens naaste familieleden**

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot de vakantiegast	

<b>Gegevens contactpersoon</b>	
Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot de vakantiegast	

<b>Wie zorgt voor de heen en terugreis ?</b>	
Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot de vakantiegast	

<b>Wie zorgt voor het overmaken van het deelnemersgeld ?</b>	
Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer	
Relatie tot de vakantiegast	

<b>Is een verblijf in een tweepersoonskamer voor u een optie ?</b>	
<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja*      (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)	
*Indien ja, hebt u een voorkeur met wie ?	
<input type="checkbox"/> Nee <input type="checkbox"/> Ja, namelijk :	

<b>ONDERTEKENING :</b>	
<b>Datum :</b>	<b>Handtekening :</b>



Werkgroep Noord-Hollandse Diaconale Vakantieweken  
Stichting Holy Days  
Rooseveltpaviljoen te Doorn

## MEDISCHE GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DEELNEMER

- \* Wij verzoeken u dit formulier volledig in te vullen, ook als u bij ons bekend bent. Niet volledig ingevulde formulieren kunnen niet in behandeling worden genomen.
- \* Door ondertekening van dit aanmeldingsformulier verklaart u het formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. U geeft daarmee tevens toestemming dat uw medische gegevens worden gedeeld met de leden van het medisch team tijdens de vakantie week.
- Uiteraard gaan die daar zeer zorgvuldig mee om.

\* **Naam deelnemer** : ..... **Geboortedatum** : .....

\* **Naam zorgverzekeraar**: ..... **Polisnummer** : .....

**S.v.p. ZORGPAS meenemen !**

**.Hoe is uw woonsituatie ?** (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- Zelfstandig  Zelfstandig met behulp van thuiszorg
- Verzorgingshuis  Verpleeghuis
- Anders, namelijk :

**Gebruikt u hulpmiddelen ?** (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

Op bed / bij bed :

- Optrekbeugel
- Urinaal
- Postoel
- Anders, namelijk :

Bij voortbewegen :

- Electrische rolstoel
- Handbewogen rolstoel
- Driepoot of wandelstok

**Hebt u een** (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- \* belemmerd zicht ?  Nee  Ja, namelijk :
- \* belemmerd gehoor ?  Nee  Ja, namelijk :
- \* belemmerde spraak ?  Nee  Ja, namelijk

**Hebt u hulp nodig bij :** (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- \* Wassen ?  Nee  Ja, namelijk :
- \* Aankleden ?  Nee  Ja, namelijk :
- \* In en uit bed ?  Nee  Ja, namelijk :
- \* Eten of drinken ?  Nee  Ja, namelijk :
- \* Toiletgang ?  Nee  Ja, namelijk :

**Hebt u wonden of andere plekken die verzorgd moeten worden ?**

- Nee  Ja, namelijk :

**Bent u incontinent van :**

- \* Urine ?  Nee  Ja
- \* Ontlasting ?  Nee  Ja

**Graag zelf voldoende MATERIAAL meebrengen !**

## Privacy

*De gegevens die u ons verstrekt worden alleen gebruikt voor de beoordeling van uw aanmelding door onze (medische) Beoordelingscommissie, het informeren van de vrijwilliger die u tijdens de week verzorgt/begeleidt (alsmede diens ganghoofd) en de toezending door ons van correspondentie inzake de vakantie. De genoemden gaan uiteraard vertrouwelijk om met de informatie. Verdere verspreiding van de gegevens heeft niet plaats. De gegevens worden binnen drie maanden na de vakantieweek vernietigd, met uitzondering van de adresgegevens.*

**ONDERTEKENING :**

**Datum :**

**Handtekening :**



Werkgroep Noord-Hollandse Diaconale Vakantieweken  
Stichting Holy Days  
Rooseveltpaviljoen te Doorn

## MEDISCHE GEGEVENS

## IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS

Naam cliënt :

Naam huisarts :

Geboortedatum :

Adres :

Woonplaats :

Telefoonnr. :

Acht u bovengenoemde cliënt(e) in staat deel te nemen aan een groepsvakantieweek ?

\* Tijdens deze week wordt volledige verpleegkundige en andere verzorging geboden door vrijwilligers, waaronder een arts, verpleegkundigen en verzorgenden.

\* Hulpmiddelen, zoals hoog-laag bedden, optrekbeugels, tilliften, postoele en urinaals zijn aanwezig.

\* De week is niet geschikt voor cliënten met een geestelijke beperking.

Nee    Ja   Eventuele toelichting :

\* Nog actieve diagnoses :

\* Relevante voorgeschiedenis :

\* Heeft of gebruikt client(e) (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- Diabetes:                     Nee     Ja
- Orale antistolling:         Nee     Ja, namelijk:
- Dieet:                         Nee     Ja, namelijk:
- Allergie:                     Nee     Ja, namelijk:
- Sondevoeding:             Nee     Ja, namelijk:
- Verblijfscatheter:         Nee     Ja
- Medicatie via injectie:     Nee     Ja, namelijk:

Indien cliënt(e) sondevoeding heeft, een verblijfscatheter of medicatie, die geïnjecteerd moet worden, wilt u dan een uitvoeringsverzoek bijvoegen.

\* Wilt u een **volledige actuele lijst** van de **huidige medicatie** meegeven ?

\* Heeft cliënt(e) **fysiotherapie** nodig tijdens de vakantieweek ?

Zo ja:

- Hoe vaak / welke dagen ?

- Hoe lang ?

- Welke code van fysiotherapie heeft cliënt(e) ?

\* Zijn er nog bijzonderheden, die bekend moeten zijn bij de Coördinator Zorg ?

Nee     Ja, namelijk :

\* Is het bij u bekend dat cliënt(e) een geldige wilsverklaring tot niet-reanimeren heeft ?

Nee     Ja    Wilt u bij 'Ja' een kopie bijvoegen ?

**ONDERTEKENING :**

**Datum :**

**Handtekening :**