



**Stichting Holy Days  
Rooseveltpaviljoen te Doorn**

**AANMELDINGSFORMULIER 2020**

**Zomerweek 25 juli tot en met 1 augustus 2020**

Als u voor de zomerweek kiest dan dit formulier, samen met de ingevulde medische verklaringen, graag **vóór 1 maart 2020** versturen via de post of per E-mail naar :

Per post :

**Stichting Holy Days  
p/a Reinder van Zanten  
Parallelweg 18, 7442 EA, Nijverdal**

Via E-mail :

**stichtingholydays@gmail.com**

Voor informatie: Judith Hoogenboom ☎ 0181-480847 / 📧 stichtingholydays@gmail.com

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/vakantiegast**

|                        |                                |       |
|------------------------|--------------------------------|-------|
| Naam                   |                                | m / v |
| Adres                  |                                |       |
| Postcode en woonplaats |                                |       |
| Geboortedatum          |                                |       |
| Telefoonnummer (s)     |                                |       |
| Bankrekeningnummer     | (Altijd 16 letters en cijfers) |       |
| BSN nummer             | (Altijd 9 cijfers)             |       |
| E-mailadres            |                                |       |

**Gegevens contactpersoon**

(iemand die we kunnen bereiken als er bijzonderheden zijn)

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| Naam                        |  |
| Adres                       |  |
| Postcode en woonplaats      |  |
| Telefoonnummer (s)          |  |
| E-mailadres                 |  |
| Relatie tot de vakantiegast |  |

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

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

| <b>Bijdrage van de deelnemers</b>   |
|---|
| <p>Voor de vakantie week 2020 wordt <b>€ 825,- per persoon</b> in rekening gebracht.</p> <p>Om de vakantie week financieel mogelijk te maken zijn naast de bijdragen van de deelnemers ook sponsorgelden, diaconale giften en bijdragen van de stichting zelf nodig.</p> <p>De kosten worden zeer beperkt, doordat alle organisatoren, verzorgers, helpers e.d. vanuit de stichting actief zijn als vrijwilliger, zonder enige financiële vergoeding.</p> <p>De bijdrage voor de eventuele annuleringsregeling is € 40,- per persoon. De voorwaarden van deze regeling zijn opgenomen in de bevestigingsbrief, die u ontvangt bij definitieve deelname.</p> |

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

| <b>ONDERTEKENING :</b>  |                       |
|---|-----------------------|
| <b>Datum :</b>  | <b>Handtekening :</b> |
| <hr/>   |                       |
| <p>De door u opgegeven persoons- en adresgegevens worden alleen gebruikt voor toezending van correspondentie door of vanuit onze stichting en worden niet aan derden ter beschikking gesteld.</p> |                       |



## MEDISCHE GEGEVENS IN TE VULLEN DOOR DE 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.

\* 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 mantelzorg       Zelfstandig met hulp van thuiszorg  
 Verzorgingshuis       Verpleeghuis       Anders, namelijk :

### Gebruikt u hulpmiddelen op bed / bij bed ?

(S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- Geen       Optrekbeugel       Urinaal       Postoel  
 Anders, namelijk :

### Mobiliteit

(S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

\* Welk(e) hulpmiddel(en) gebruikt u om u voort te bewegen ?

- Geen       Rollator       Standaard rolstoel       Electriscne rolstoel       Scootmobiel       Driepoot

\* Welke hulpmiddelen neemt u mee naar de vakantie-week in Doorn?

- Geen       Rollator       Standaard rolstoel       Electriscne rolstoel       Scootmobiel       Driepoot

\* Zit u permanent in een rolstoel en is het noodzakelijk dat u in een bus in een rolstoel vervoerd wordt ?

- Ja       Nee

\* Als u zelfstandig loopt (met of zonder rollator), heeft u dan voor langere afstanden een rolstoel nodig ?

- Ja       Nee

**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 :**

(S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

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

**Graag zelf voldoende MATERIAAL meebrengen !**

**Ondertekening en privacy**

- \* Door ondertekening van dit 'Formulier Medische Gegevens' verklaart u dit én het 'Aanmeldingsformulier' volledig en naar waarheid te hebben ingevuld.  
U geeft daarmee tevens toestemming, dat uw medische gegevens worden gedeeld met de leden van ons medisch team tijdens de vakantieweek en de vrijwilliger die u tijdens de week verzorgt en/of begeleidt. Uiteraard gaan dezen strikt vertrouwelijk om met uw gegevens en verdere verspreiding heeft niet plaats.

**Datum :**

**Handtekening :**



**MEDISCHE GEGEVENS**

**IN TE VULLEN DOOR DE HUISARTS**

|                  |                     |
|------------------|---------------------|
| Naam cliënt(e) : | Naam huisarts :     |
|                  | Adres :             |
| Geboortedatum :: | Woonplaats :        |
|                  | Telefoonnummer(s) : |

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

\* Tijdens deze week (met ca. 40 gasten) wordt volledige verpleegkundige en andere verzorging geboden door (ca. 36) 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.

Ja     Nee    Eventuele toelichting :

\* Nog actieve diagnoses :

(Eventueel te vervolgen op een los vel)

\* Relevante voorgeschiedenis :

(Eventueel te vervolgen op een los vel)

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

|                           |                              |  |
|---------------------------|------------------------------|--|
| - Diabetes:               | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja            |
| - Orale antistolling:     | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: |
| - Dieet:                  | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: |
| - Allergie:               | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: |
| - Sondevoeding:           | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: |
| - Verblijfs catheter:     | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja            |
| - Medicatie via injectie: | <input type="checkbox"/> Nee | <input type="checkbox"/> Ja, namelijk: |

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

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

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

Nee  Ja

Indien Ja :

- Hoe vaak / welke dagen ?

- Hoe lang ?

- Welke code van fysiotherapie heeft cliënt(e) ?

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

Nee  Ja, namelijk

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

Nee  Ja.

Wilt u bij 'Ja' een kopie bijvoegen ?

**ONDERTEKENING :**

**Datum :**

**Handtekening :**