



AANMELDINGSFORMULIER

Zomerweek 27 juli tot en met 3 augustus 2024

Als u voor de zomerweek kiest dan dit formulier, samen met de ingevulde medische verklaringen, **vóór 25 febr. 2024** sturen aan:

Stichting Holy Days
p/a **Ries Euser**
De Hul 5 6674 BK Herveld

of via e-mail naar :

stichtingholydays22@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 18 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	

Wie zorgt voor de heen- en terugreis ?

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer (s)	
Relatie tot de vakantiegast	

Wie zorgt voor het overmaken van het deelnemersgeld ?

Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoonnummer (s)	
Relatie tot de vakantiegast	

Bijdrage van de deelnemers

De bijdrage voor 2024 is **voorlopig € 925,- per persoon.**

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.

De kosten worden zeer beperkt, doordat alle organisatoren, verzorgers, helpers e.d. vanuit de stichting actief zijn als vrijwilliger, zonder enige financiële vergoeding.

De bijdrage voor de vrijwillige annuleringsregeling is voorlopig € 45,- per persoon. Het juiste bedrag (niet hoger dan € 45,-) en de voorwaarden van deze regeling worden opgenomen in de bevestigingsbrief, die u ontvangt bij definitieve deelname.

Is een verblijf in een tweepersoonskamer voor u een optie ?

Nee Ja* (S.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

Indien ja, hebt u een voorkeur met wie ?

Nee Ja, namelijk met:

ONDERTEKENING :

Datum :

Handtekening :

* 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.



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
 Tillift Speciaal matras Katheter
 Anders, namelijk :

Mobiliteit

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

- * Kunt u zelfstandig lopen?
 JA, zeker 100mtr JA, tot ca 80 meter JA, tot ca 40 meter NEE
- * Hebt u hiervoor JA aangekruist ? Gebruikt u bij het lopen een hulpmiddel ?
 JA, een stok of driepoot. JA, een rollator NEE, ik loop zonder hulpmiddelen.
- * Hebt u bij de eerste vraag NEE aangekruist? U kunt dus maar beperkt of niet zelfstandig lopen.
Welk(e) hulpmiddel(en) worden dan gebruikt ?
 Duwrolstoel Electriche rolstoel Scootmobiel
- * Welke hulpmiddelen neemt u mee naar de vakantie week in Doorn?
 Geen Driepoot/stok Rollator Duwrolstoel Electriche rolstoel Scootmobiel
- * Als u permanent in een rolstoel zit, kunt u dan in een bus op een vaste stoel vervoerd worden ?
 JA NEE

Z.O.Z.

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

Indien u Ja hebt aangekruist, hoe vaak per 24 dient er verzorgd te worden?

Bent u incontinent van :

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

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

Graag zelf voldoende**MATERIAAL meebrengen !**

Indien u ja hebt aangekruist, hoe vaak wordt u versoond?

Diëten en voedingsallergieën :

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

- * Heeft u een dieet ? Nee Ja, namelijk
- * Heeft u een allergie ? Nee Ja, namelijk voor

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 vindt 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 verpleegkundigen en verzorgenden.

* Hulpmiddelen, zoals hoog-laag bedden, optrekbeugels, tilliften, postoeien 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: Nee Ja

- Orale antistolling: Nee Ja, namelijk:

- Dieet: Nee Ja, namelijk:

- Allergie: Nee Ja, namelijk:

- Sondevoeding: Nee Ja, namelijk:

- Verblijfs catheter: Nee Ja

- Medicatie via injectie: Nee 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 ?

Indien uw client in een verzorgingshuis woont a.u.b. een actuele verpleegkundige overdracht van handelingen op de dag bijvoegen.

ONDERTEKENING :

Datum :

Handtekening :