



**Stichting Holy Days
Rooseveltpaviljoen te Doorn**

AANMELDINGSFORMULIER 2025

Zomerweek 26 juli tot en met 2 augustus 2025

Als u voor de zomerweek kiest dan dit formulier, samen met het bijgevoegde zorgformulier, **vóór 12 febr. 2025** 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 (+ roepnaam)		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	

Z.O.Z.

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 2025 is **€ 1100,- per persoon**.

Om de vakantieweek 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 € 50,- per persoon. Het juiste bedrag en de voorwaarden van deze regeling worden opgenomen in de bevestigingsbrief, die u ontvangt bij definitieve deelname.

Is een verblijf in een tweepersoonskamer (*met 10% korting*) 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.



Zorgformulier

Dit formulier invullen eventueel met uw zorgverlener,
Graag omcirkelen wat voor u van toepassing is, en /of vragen beantwoorden.

1.ALGEMENE GEGEVENS

Naam man /vrouw

Adres

Geboortedatum

Zorgverzekering polis nummer

2.WOONSITUATIE

Woont u thuis? **Nee/ ja**

Indien u thuis woont en zorg nodig heeft, vindt de verzorging plaats door: mantelzorgers / thuiszorgorganisatie

Naam thuiszorgorganisatie

Adres

Postcode en woonplaats

Eerstverantwoordelijk dhr./mevr. tel nr.

E- mail

Indien u in een zorgcentrum woont, in wat voor centrum woont u:

Verzorgingshuis Verpleeghuis Kleinschalig wonen

Anders namelijk.

Naam zorgcentrum Afdeling

Adres zorgcentrum en postcode

Eerstverantwoordelijke dhr./mevr. tel nr

E mail

3. MOBILITEIT

Welke hulpmiddelen gebruikt u?

Rollator standaard rolstoel elektrische rolstoel scootmobiel krukken wandelstok

Welk hulpmiddel neemt u mee naar de vakantie?

Welke afstand kunt u zelfstandig lopen? (eventueel met rollator)

Niet/ minder dan 10 meter/ minder dan 500 meter/ meer dan 500 meter

Heeft u voor langere afstanden een rolstoel nodig? **Nee/ ja**

Zit u permanent in een rolstoel en is het noodzakelijk dat u in de bus in uw eigen rolstoel vervoerd wordt?

Nee /ja

Kunt u zelfstandig, of met hulp, overstappen vanuit de rolstoel en op een gewone stoel zitten?

Nee/ ja

4. PERSOONLIJKE/ LICHAMELIJKE ZORGBEHOEFTE.

Heeft u hulp nodig bij uw persoonlijke verzorging in de ochtend? **Nee/ ja, namelijk**

opstaan, wassen, douchen, aankleden

frequentie: Dagelijks Anders namelijk..... x per week

Als u hulp nodig heeft, hoelang per keer?

Tot 15 min tot 30 min tot 45min tot 60 min meer dan 60 min, namelijk min.

Heeft u hulp nodig bij uw lichamelijke verzorging bij het naar bed gaan? **Nee/ ja, namelijk**
per keer :

Tot 15 min tot 30min tot 45min tot 60 min meer dan 60 min., namelijk.....min

Wordt u overdag door 1 of 2 personen tegelijk geholpen 1 persoon 2 personen

Heeft u hulp nodig met aan/uittrekken van steunkousen **Nee/ ja**

Heeft u hulp nodig bij toiletgang? **Nee/ ja**

Heeft u hulp nodig bij het gebruik van incontinentiemateriaal? **Nee/ ja**

Heeft u hulp nodig tijdens de nacht? **Nee/ ja, namelijk**

Wordt u in de nacht door 1 of 2 personen tegelijk geholpen? 1 persoon 2 personen

Hoe is uw spreekvaardigheid?

Goed Matig Niet mogelijk.

Anders:

Heeft u problemen met uw gezichtsvermogen?

Nee/ ja, namelijk

Gebruikt u een bril lenzen andere aanpassingen?

Heeft u problemen met uw gehoor?

Nee/ ja namelijk

Gehoorapparaat links/ rechts / beide

5. VOEDING

Heeft u een dieet?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u allergie voor bepaalde voedingsstoffen?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u hulp nodig bij eten en/of drinken?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u problemen met slikken?

Nee /ja, namelijk:

Gebruikt u sondevoeding?

Nee/ ja, namelijk:

Neussonde PEG sonde

Dag nacht 24 uur toelichting

Gebruik u een voedingspomp?

Nee/ ja, type:

6. VERPLEEGKUNDIGE ZORG

Gebruikt u medicijnen? Nee/ Ja, namelijk:

Indien ja, medicijn lijst bijvoegen!!!

Heeft u hulp nodig bij uw medicijn gebruik?

Inhaleren / vernevelen / oog druppelen / zalven / medicatiepleister / laxeermiddelen

Overig, namelijk:

Heeft u hulp nodig bij injecties of bloedsuikercontrole?

Nee/ Ja

Toelichting (middel, hoe vaak, tijdstip)

Heeft u zorg nodig bij de wondverzorging?

Nee/ Ja, namelijk

Waar bevindt de wond zich?

Toelichting wondverzorging en frequentie.

Wie verzorgt de wond in uw woonsituatie?

Verpleegkundige zorg / Verzorgende IG / anders ,namelijk:

Heeft u hulp nodig bij het zwachtelen van de benen?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u een stoma?

Nee/ ja, namelijk

Voor urine / voor ontlasting

Heeft u hulp nodig bij de verzorging van de stoma?

Nee/ ja, namelijk,

Frequentie stomazorg, per dag

Ongeveerminuten per keer

Bijzonderheden, medicatie, spoelen.

Heeft u een blaaskatheter?

Nee/ ja, namelijk:

Verblijfkatheter / suprapubische verblijfskatheter / eenmalige katheterisatie

Soort? (bv silicone) Charriere? Ballonvulling? Wisselfrequentie?

Heeft u hulp nodig bij de verzorging van de blaaskatheter?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u blaasspoeling nodig?

Nee/ ja ,namelijk:

Frequentie X per dag

.....X per week / volgende dagen , tijden

Heeft u extra zuurstof nodig?

Nee/ ja, namelijk:

Cilinder / Concentrator / CPAPP / Apnoe apparaat

Heeft u hulp nodig bij de toediening van de zuurstof?

Nee/ ja, namelijk:

Toelichting over systeem en toediening:

Heeft u zorg nodig die hier niet wordt vermeld?

Of zijn er nog niet genoemde bijzonderheden in uw zorg?

7. PSYCHISCHE GEZONDHEID

Heeft u geheugenproblemen?

Nee / weinig / veel

Toelichting bij veel problemen.

Heeft u psychiatrische problemen?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u gedragsproblemen

Nee/ ja, namelijk:

(bijvoorbeeld angsten , overprikkeling)

8. HULPMIDDELEN

Welke hulpmiddelen gebruikt u in uw thuissituatie en kunt u tijdens uw vakantie niet missen?

-hoog/laagbed

-papegaai

-dekenboog

-anti-decubitus matras. (zelf meenemen /regelen!)

-toiletstoel

-douche stoel

-draaischijf

-sta lift, mijn gewicht iskilo

-passieve lift, mijn gewicht iskilo

9. MEDISCHE GEGEVENS

Huisarts/ behandelend arts instelling

Adres

Tel nummer

Heeft u een lichamelijke ziekte of beperking?

Nee/ ja, namelijk:

Bent u onder behandeling van een medisch specialist?

Nee/ ja, namelijk:

Heeft u tijdens de vakantieweek fysiotherapie nodig?

Nee/ ja, namelijk:

Indien ja, waarvoor en frequentie.

Bent u in bezit van een geldige wilsverklaring tot niet reanimeren beleid?

Nee/ Ja

Indien ja, kopie van verklaring toevoegen!

TER INFORMATIE

BENODIGDE MATERIALEN VOOR UW ZORGVERLENING DIENT U ZELF MEE TE NEMEN NAAR UW VAKANTIE WEEK.

Denk daarbij vooral aan **voldoende**, incontinentiemateriaal, medicatie, materiaal voor bloedsuiker controle, katheter verwissel set en zuurstof (regelen met uw leverancier). Kortom alles wat u nodig hebt voor uw persoonlijke zorg tijdens de vakantieweek.

GRAAG OOK UW MEDICATIELIJST TOEVOEGEN EN MEDE OPSTUREN A.U.B.

ONDERTEKENING;

Datum:

Handtekening: