



INSCHRIJFFORMULIER VAKANTIEGANGER

Let op! Lees vóór het invullen het formulier goed door.

1. Wilt u alle vragen beantwoorden en aangeven wat wel of niet van toepassing is. Aan de hand van deze gegevens verzorgen wij de benodigde hulp tijdens uw vakantie. Wij verzoeken u alle pagina's in te vullen, ook als u al eerder met ons mee bent geweest. Wij behouden ons het recht voor om formulieren die niet volledig zijn ingevuld niet in behandeling te nemen.
- Aanklikken wat van toepassing is.**
2. U mag niet bedlegerig zijn.
3. U kunt dit formulier invullen via de pc. Het formulier volledig ingevuld en ondertekend opsturen aan het secretariaat Mensen voor Mensen, adresgegevens zie hierboven.
4. Wanneer de gezondheidstoestand zich wijzigt tussen de inschrijving en de start van de vakantie, bent u verplicht om dit te melden aan het secretariaat van **Mensen voor Mensen**
5. **Denk zelf aan het afsluiten van een reis- en/of annuleringsverzekering!**

Naam : _____

Adres : _____

Postcode : _____ Plaats: _____

E-Mail adres (bij voorkeur communiceren wij via email ipv post) : _____

Eventueel postadres: _____

Geboortedatum : _____ M/ V

Telefoon : _____ Mobiel: _____

Paspoortnr./ID : _____ BSN-nummer: _____

| | Ik wil me inschrijven voor: | Van | t/m |
|--------------------------|---|------------|------------|
| <input type="checkbox"/> | 40+ vakantie <i>Hoog laag bedden aanwezig.</i> | | |
| <input type="checkbox"/> | Zeilzwervtocht <i>Plaats voor 2 personen in elektr. rolstoel, 5 personen in duwrolstoel en 3 lopende gasten.</i> | | |
| <input type="checkbox"/> | Jongeren reis naar Dongen in Brabant <i>Hoog laag bedden aanwezig plus tilliften.</i> | | |
| <input type="checkbox"/> | Cruise vakantie <i>Geen elektrische rolstoelen, schip is niet aangepast</i> | | |

Foto's die gemaakt zijn tijdens de reis, mogen gebruik worden voor promotie materiaal ja nee

Niet invullen; t.b.v. administratie

Reis _____ Ontvangen _____ Ingeschreven _____

Kopie reisleiding. Kopie penningmeester.

1. COMMUNICATIE:

Kunt u zichzelf verstaanbaar maken? ja / nee goed / redelijk / moeilijk / niet *

Gebruikt u een communicatiesysteem? ja / nee communicator / bliss / _____

Hoe is uw gezichtsvermogen? goed / redelijk / slecht / zeer slecht / blind *

Hoe is uw gehoor? goed / redelijk / slecht / zeer slecht / doof *

2. MOBILITEIT:

Kunt u staan? ja / nee met steun / zonder steun*

Kunt u lopen? ja / nee met steun / zonder steun*

Hoe ver binnenshuis: _____ meter.

Hoe ver buitenshuis: _____ kilometer

Neemt u een rolstoel mee ja / nee

of gebruikt u een rollator ja / nee

Is uw rolstoel in de bus te bevestigen met de standaard Biermanklem? ja / nee

Welk type rolstoel neemt u mee?

- Duwrolstoel inklapbaar, afmetingen LxBxH _____ (cm), gewicht _____ (kg)
- Duwrolstoel niet inklapbaar, afmetingen LxBxH _____ (cm), gewicht _____ (kg)
- Elektrische rolstoel, afmetingen LxBxH _____ (cm), gewicht _____ (kg)

Kunt u in een bus op een normale plaats zitten? ja / nee

Tijdens een busreis is het niet mogelijk om alle vakantiegangers in hun eigen stoel te laten zitten.
Op basis van de hierboven ingevulde informatie wordt bepaald wie wel / niet in zijn eigen stoel blijft zitten.

Kunt u in een personenauto op een normale plaats zitten? ja / nee

3. HULPMIDDELEN:

Gebruikt u hulpmiddelen voor:

- lichamelijke verzorging: geen / postool / douchestoel / tillift / overige: _____
- slapen: geen / onrusthekken / speciaal matras / overige, nl*: _____
- eten en drinken: geen / speciaal bestek / beker / rietjes / overige, nl*: _____

4. ZELFREDZAAMHEID / LICHAAMLIJKE VERZORGING

Kunt u aan tafel op een gewone stoel zitten? ja / nee

Kunt u zonder hulp eten en drinken? ja / nee

Kunt u zichzelf wassen? ja / nee zelfstandig / weinig hulp / veel hulp*

Kunt u zichzelf aankleden? ja / nee zelfstandig / weinig hulp / veel hulp*

Kunt u zelf naar het toilet? ja / nee zelfstandig / weinig hulp / veel hulp*

Gebruikt u hulpmiddelen? ja / nee incontinentie-materiaal / stoma / uritip
 katheter / anders* _____

Verdere belangrijke handelingen? ja / nee blaas leegdrukken / toucheren /
 anders* _____

's Nachts speciale verzorging ja / nee zo ja, welke? _____

Gewicht (actueel)

_____ kg

Kunt u de hulp die u nodig heeft in het kort beschrijven:

5. GEDRAG / VASTE GEWOONTEN:

Zijn er **omstandigheden** waarbij u extra aandacht nodig hebt van de begeleiding? ja / nee
Zo ja, welke begeleiding heeft u dan nodig? _____

Gedraagt u zich soms zodanig dat mensen die u niet kennen dit gedrag niet begrijpen? ja / nee
Zo ja, waaruit bestaat dit gedrag en hoe kunnen onze begeleiders hier mee omgaan _____

Heeft u vaste gewoonten waarmee rekening moet worden gehouden? ja / nee
Zo ja, welke vaste gewoonten heeft u? _____

Kruis vier, vijf of zes eigenschappen aan die het best bij u passen:

ondernemend / afwachtend / groepsmens / op zichzelf / gevoelig / energiek / enthousiast /
 nuchter / stil / druk / avontuurlijk / humoristisch / geduldig / doorzetter / kritisch /
 zelfstandig / vrolijk.

Bent u in staat om uw eigen wensen duidelijk te maken: ja / nee

Neemt u gemakkelijk zelf beslissingen: ja / nee

Doet u graag spelletjes: ja / nee

Doet u graag dingen met / in een groep: ja / nee

Maakt u gemakkelijk contact? ja / nee

Hoe kunnen we u hierbij helpen? _____

Wat zijn uw vrijetijdsbestedingen/hobby's? _____

6. VOEDING:

Volgt u een bepaald **dieet**? ja / nee

Zo ja, wat voor dieet? _____

Bent u **vegetarisch**? ja / nee

Bent u **allergisch** voor voedsel? ja / nee

Zo ja, waarvoor? _____

7. MEDISCH:

Welke diagnose is er gesteld: (altijd invullen)

maakt u gebruik van een verblijfsindicatie AWBZ? indien ja, welke indicatie is op u van toepassing

LG / VG / ZGaud / ZGvis / LVG / SG-LVG / GGZ / V&V

1 / 2 / 3 / 4 / 5 / 6 / 7 / 8 / 9 / 10 (svp de juiste letter-cijfer combinatie aanklikken)

Bent u onder behandeling van een specialist? ja / nee

Zo ja, waarvoor? _____

Heeft u epilepsie? ja / nee

Zo ja, hoe vaak heeft u een aanval? _____

In welke frequentie komen aanvallen bij u voor? _____

Waardoor wordt een aanval gestimuleerd? _____

Wat gebeurt er bij een aanval? _____

Hoe lang duurt een aanval? _____

Gebruikt u medicijnen om een aanval te beëindigen? Nee / stesolid / rivotril / anders, nl.: _____

Na hoeveel tijd wordt deze medicatie gegeven: _____

Hoe verloopt zo'n aanval en wat voor soort begeleiding heeft u dan nodig? _____

Heeft u diabetes?

Moet u geïnjecteerd worden?

Doet u dit zelf?

 ja / nee ja / nee ja / nee**Als u diabetes hebt, bent u verplicht om de controlematerialen mee te nemen en altijd bij u te hebben****Mag u alcohol drinken?**

Is toezicht bij het gebruik van alcohol gewenst?

Gebruikt u drugs?

Eventuele toelichting: _____

 ja / nee ja / nee ja / nee**Gebruikt u medicijnen?**

Zo ja, geef dan hier de naam van de medicijnen, waarvoor ze dienen, de hoeveelheid en het tijdstip van inname op. U kunt ook een medicatielijst als bijlage toevoegen.

 ja / nee

| Naam medicijn | Waarvoor | Dosering | Tijdstip van inname |
|---------------|----------|----------|---------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Let u zelf op het innemen van deze medicijnen?

Complicaties waarmee rekening moet worden gehouden?

 ja / nee**Is er sprake van allergie voor bepaalde medicijnen?** ja / nee

Aanvullende opmerkingen en/of suggesties

Zijn er in het kader van de wet BIG voorbehouden handelingen

Zijn deze overdraagbaar aan:

Een arts / verpleegkundige / deskundige begeleider / begeleider

 ja / nee ja / nee**8. OVERIGE VRAGEN:**

Gaat u samen met een bekende deze reis maken?

Zo ja, met wie: _____

Wilt u als het mogelijk is met hem/haar een kamer/huisje delen?

 ja / nee ja / nee**Hulp van anderen**Heeft u principiële bezwaren tegen hulp van iemand van het **andere geslacht**? ja / nee

Voorkeur voor een begeleider(ster): _____

Opmerkingen / bijzonderheden (wat u verder nog van belang vindt om door te geven)

Wij stellen het zeer op prijs als er vanuit de dagelijkse begeleiding een overdracht wordt meegegeven.

Wordt er een overdracht opgemaakt?

 ja / nee**Zo ja, neem deze altijd mee in de handbagage!**

9. ONDERTEKENING

Ondergetekende verklaart dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld en gaat akkoord met de voorwaarden van Mensen voor Mensen, zoals vermeld in de folder en op de website.

Plaats: _____

Datum: _____

Handtekening deelnemer

Naam en handtekening invuller

GEGEVENS CONTACTPERSOON:

Naam : _____
Adres : _____
Postcode en woonplaats : _____
Telefoon : _____ Mobiel: _____
e-mail : _____

Gegevens derden:

Naam huisarts : _____ tel. : _____
Zorgverzekeraar : _____ tel. : _____
Polisnummer : _____