



Mensen voor Mensen  
Het Woold 61, 8101 XN Raalte  
Tel.: 06-39326140  
E-Mail: [mvmvakanties@gmail.com](mailto:mvmvakanties@gmail.com)  
Website: [www.mensenvoormensen.nl](http://www.mensenvoormensen.nl)  
Bank rekening nummer :NL 56 RABO 0314090479

## 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.
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!**  
**Duidelijk en in blokletters invullen A.U.B.**

Naam : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Postcode : \_\_\_\_\_ Plaats: \_\_\_\_\_

E-Mail adres (bij voorkeur communiceren wij via email i.p.v. post) : \_\_\_\_\_

Eventueel postadres: \_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_\_\_\_\_  M/ V

Telefoon : \_\_\_\_\_ Mobiel: \_\_\_\_\_

Paspoortnr./ID : \_\_\_\_\_ BSN-nummer: \_\_\_\_\_

	<b>Ik wil me inschrijven voor:</b>	<b>Van</b>	<b>t/m</b>
<input type="checkbox"/>	<b>30+ vakantie</b> Plaats voor 15 personen <i>Hoog laag bedden aanwezig.</i>		
<input type="checkbox"/>	<b>Cruise vakantie</b> Plaats voor 40 personen elektrische rolstoel mag mee indien goed te besturen.		

**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  welke?: \_\_\_\_\_
- 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

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)

## 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 / LICHAAMELIJKE 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  incontinentiemateriaal /  stoma /  uritip  
 katheter /  anders\* \_\_\_\_\_  
**(Zorg voor voldoende materiaal)**

- 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 aankruisen)

**Hij/zij is bekend met de volgende medische HOOFD diagnose ..... bijvoorbeeld MS Multiple Sclerose of z.g. Infantiele Encefalopathie (=aangeboren hersenschade bij geboorte) en ook de volgende medische neven diagnoses ..... bijv. Diabetes mellitus of COPD een longziekte.**

**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?** ja /  neeMoet u geïnjecteerd worden?  ja /  neeDoet u dit zelf?  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?** ja /  neeIs toezicht bij het gebruik van alcohol gewenst?  ja /  nee**Gebruikt u drugs?** ja /  nee

Eventuele toelichting: \_\_\_\_\_

**Gebruikt u medicijnen?** ja /  nee

Zo ja, geef dan hier de naam van de medicijnen, waarvoor ze dienen, de hoeveelheid en het tijdstip van inname op. Bij de instelling of uw apotheek moet u een medicatielijst aanvragen en als bijlage toevoegen.

Naam medicijn	Waarvoor	Dosering	Tijdstip van inname

**Let u zelf op het innemen van deze medicijnen?** ja /  neeComplicaties waarmee rekening moet worden gehouden?  
\_\_\_\_\_**Is er sprake van allergie voor bepaalde medicijnen?** ja /  neeAanvullende opmerkingen en/of suggesties  
\_\_\_\_\_**Zijn er in het kader van de wet BIG voorbehouden handelingen** ja /  nee

Zijn deze overdraagbaar aan:

Een arts / verpleegkundige / deskundige begeleider / begeleider

 ja /  nee

## 8. OVERIGE VRAGEN:

Gaat u samen met een bekende deze reis maken?

ja /  nee

Zo ja, met wie: \_\_\_\_\_

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

ja /  nee

### Hulp van anderen

Heeft u principiële bezwaren tegen hulp van iemand van het **andere geslacht**?

ja /  nee

Voorkeur (geen garantie) 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!**

**Heeft u nog extra aanvullingen schrijf ze dan hier:**

Gegevens contactpersoon: Bewindvoerder, broer/zus of ouders:	
Naam	
Adres	
Postcode en woonplaats	
Telefoon	
Mobiel	
e-mail	

Gegevens derden:	
Naam huisarts	
Tel.nr huisarts	
Zorgverzekeraar	
Tel.nr zorgverzekeraar	
Polisnummer	

## **Belangrijk**

In verband met de privacy wet, heeft Mensen voor Mensen toestemming nodig om al jullie gegeven te verwerken. Het is heel belangrijk, dat deze verklaring ondertekend wordt. Zo niet dan kunnen wij dit formulier niet in behandeling nemen.

Ik (naam), \_\_\_\_\_ geef het secretariaat van Mensen voor Mensen toestemming om al mijn gegevens te verwerken. De gegevens worden alleen door de stichting gebruikt.

**Handtekening deelnemer of invuller:** \_\_\_\_\_

Let op; **BELANGRIJK:**

**In geval van, wil ik niet gereanimeerd worden**

**In geval van, wil ik wel gereanimeerd worden**

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

### **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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_