

RESERVERINGSFORMULIER GAST

Fijn dat u uw vakantie bij ons reserveert!
Dit reserveringsformulier bestaat uit twee delen.
Lees hieronder welke delen wij graag van u ontvangen.



Hetvakantiebureau.nl
Vakanties met aandacht

DEEL I - RESERVERINGSFORMULIER

Bent u nog vitaal en mobiel en heeft u geen verzorging nodig? Vult u dan alleen Deel I in van dit reserveringsformulier. Deel II kunt u van het formulier afknippen.

DEEL II - ZORGFORMULIER

Deel I & II van dit formulier vult u in als u hulp nodig heeft bij uw lichamelijke verzorging en/of ondersteuning omdat u een lichamelijke, visuele of verstandelijke beperking heeft of een psychische aandoening. Dit geldt ook als u beperkt mobiel bent, hulpmiddelen gebruikt of voorzieningen in uw hotelkamer nodig heeft.

DEEL I - RESERVERINGSFORMULIER (per persoon 1 formulier invullen)

1. ALGEMENE GEGEVENS

Voornaam

(graag invullen als u in de vakantieweek met uw voornaam wilt worden aangesproken)

Naam en voorletters (gast) vrouw man

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

E-mail

Hoe wilt u de informatie m.b.t. uw vakantie ontvangen?

per e-mail per post

Geboortedatum Geboorteplaats

Nummer ID bewijs (**alléén** invullen als u zich aanmeldt voor de vaarvakantie)

2. AANTAL VAKANTIEWEKEN

Ik meld mij aan voor vakantieweken (aantal invullen).

3. RESERVEREN

(Kies uw vakantie in het overzicht vakantieweken van de Vakantiegids of uit het overzicht van uw folder)

	VOORKEURSDATUM	ALTERNATIEVE DATUM	VAKANTIEACCOMMODATIE	DOELGROEP NUMMER*
Week 1				
Week 2				

* Het doelgroepnummer treft u bij het overzicht van de vakantieweken in uw vakantiegids.

4. ANNULERINGSREGELING (altijd invullen)

Wilt u een annuleringsregeling à € 44,50 p.p. per vakantieweek afsluiten bij Hetvakantiebureau.nl?
(voorwaarden zie Vakantiegids)

ja nee

5. UW CONTACTPERSOON

Als u **niet** zelf uw reservering regelt, dan vult de persoon die dit voor u doet hieronder zijn/haar gegevens in. Hij/zij ontvangt dan ook een kopie van de bevestiging.

Naam en voorletters vrouw man

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

E-mail

Relatie tot aanmelder

Hoe wilt u onze informatie ontvangen? per e-mail per post

6. GEGEVENS HUISARTS, APOTHEEK EN ZORGVERZEKERING (altijd invullen)

Naam (huis)arts

Telefoonnummer

Naam zorgverzekering

Polisnummer

Naam apotheek

Telefoonnummer

E-mail

7. GEGEVENS CONTACTPERSOON TIJDENS DE VAKANTIEWEEK (altijd invullen)

Naam vrouw man

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

Relatie tot aanmelder

8. KAMER

Mijn voorkeur gaat uit naar een:

Eenpersoonskamer

Tweepersoonskamer

Ik wil mijn kamer delen met

Ik laat aan Hetvakantiebureau.nl over met wie ik mijn kamer deel

VAKANTIEFONDS

Wilt u een beroep doen op het Vakantiefonds van PSDV (Hetvakantiebureau.nl)?

Vult u dan bijgesloten aanvraagformulier in. Voor meer informatie zie de Vakantiegids.

9. GEGEVENS REKENINGADRES (alleen invullen als u de rekening **niet zelf betaalt)**

Naam vrouw man

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

Hoe wilt u onze informatie ontvangen? per e-mail per post

10. GEGEVENS ALGEMENE LICHAMELIJKE GEZONDHEID

Altijd invullen, ook als u zelfredzaam bent of vaker bij ons op vakantie bent geweest.

Heeft u een dieet of voedingsvoorschrift?

nee ja, namelijk _____

Heeft u problemen met zien?

nee

ja, ik ben slechtziend zeer slechtziend blind

Ik maak gebruik van braille zwartschrift

Neemt u een hulphond mee op vakantie?

nee ja

Heeft u problemen met horen?

nee

ja, ik ben slechthorend zeer slechthorend doof

Heeft u problemen met het geheugen?

nee weinig veel dementie

Toelichting: _____

Heeft u een ziekte(geschiedenis) of beperking?

(altijd invullen, ook wanneer u al vaker bij ons op vakantie bent geweest)

nee

ja, namelijk CVA

afasie

diabetes insuline tabletten

epilepsie Afgelopen jaar toeval gehad? nee ja _____ (aantal)

hartziekte, namelijk _____

longziekte, namelijk _____

psychiatrische of psychische aandoening, namelijk _____

Parkinson

besmettelijke bacterie of virus nee ja, namelijk _____

verstandelijke beperking licht matig

overige, namelijk _____

Heeft u een pacemaker?

nee ja

Gebruikt u medicijnen?

nee ja, waaronder: bloedverdunners nee ja

insuline actueel nee ja

Zo ja, dan dient u een actueel overzicht van uw apotheek mee te nemen.

Kunt u uw medicijnen zelf beheren en innemen tijdens de vakantie week?

nee ja

Bent u overgevoelig voor medicijnen of andere middelen?
 nee ja, namelijk
Gebruikt u thuis een alarmeringssysteem en wilt u dit in de vakantie ook?
 nee ja
Wilt u gereanimeerd worden in levensbedreigende situaties? (altijd invullen)
 ja nee, niet-reanimeren verklaring meenemen.

Indien u geen rechtsgeldige niet-reanimeren verklaring bij u heeft, kunnen wij niet aan uw wens voldoen.

11. ALGEMENE BIJZONDERHEDEN**Zijn er bijzonderheden, die van belang zijn tijdens de vakantie week?**
 nee ja, namelijk
Wilt u met iemand anders aan dezelfde vakantie week deelnemen? Vult u dan hier de naam in:

Bij voorkeur beide formulieren gelijktijdig insturen.

12. VERZOEK VERZORGING/VERPLEGING/HULPMIDDELEN

U dient ook Deel II zorgformulier in te vullen indien u hulp nodig heeft bij uw lichamelijke verzorging omdat u een lichamelijke-, visuele-, of verstandelijke beperking heeft of een psychische aandoening. Of als u beperkt mobiel bent, hulpmiddelen gebruikt of voorzieningen in de hotelkamer nodig heeft.

 nee, dat geldt niet voor mij. Ik ga door naar "ondertekening" op deze pagina

 ja, dat geldt voor mij. Ik vul ook Deel II Zorgformulier volledig in

Hierbij verklaar ik:

- dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld
- toestemming te geven om eventueel contact op te nemen met mijn huisarts, zorgcentrum, thuiszorg of contactpersoon voor of tijdens de vakantie week voor informatie over mijn gezondheid en afspraken over de zorgverlening
- (indien van toepassing) mijn zorgcentrum of contactpersoon thuiszorg te verzoeken om een overdracht op te stellen die ik zo spoedig mogelijk maar uiterlijk drie weken voor het begin van de vakantie week opstuur naar Hetvakantiebureau.nl
- dat ik me realiseer dat, indien ik de gegevens niet volledig of onjuist invul en mijn actuele medicijnen overzicht niet bij mij heb, Hetvakantiebureau.nl geen verantwoorde zorg kan leveren. Tevens kan Hetvakantiebureau.nl in onverwachte situaties dan geen juiste inschatting maken
- toestemming te geven bijzondere persoonsgegevens te gebruiken die nodig zijn om de wijze van zorgverlening, zoals deze in de thuis-/woonsituatie plaatsvindt, te continueren tijdens de vakantie week
- Ik geef toestemming voor het gebruik van beeldmateriaal waar ik op sta gemaakt tijdens vakantie weken voor publicatie doeleinden ja nee
- dat ik akkoord ga met de algemene voorwaarden (zie Vakantiegids)

Datum Plaats Handtekening **Als u zich voor het eerst aanmeldt, waar kent u ons dan van?**
 diaconie/kerk beurs vrienden/bekenden advertentie website Alzheimer Nederland Rode Kruis

 anders, namelijk

Niet volledig ingevulde/niet ondertekende formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen en sturen wij retour.

DEEL II - ZORGFORMULIER

Indien u hulp nodig heeft bij uw lichamelijke verzorging omdat u een lichamelijke-, visuele-, of verstandelijke beperking heeft of een psychische aandoening, graag dit formulier samen met de zorgverlener invullen.

1. ALGEMENE GEGEVENS

Naam vrouw man
Adres
Geboortedatum

2. WOONSITUATIE

Woont u thuis? nee ja

Indien u thuis woont vindt de verzorging plaats door: mantelzorgers thuiszorgorganisatie

Naam thuiszorgorganisatie
Adres
Postcode en woonplaats
Eerstverantwoordelijke dhr/mw Telnr.
E-mail

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

verzorgingshuis verpleeghuis gezinsvervangend huis kleinschalig wonen
 PG-afdeling woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking psychiatrische instelling
 anders, namelijk:
Naam zorgcentrum Afdeling
Adres en postcode
Eerstverantwoordelijke dhr/mw Telnr.
E-mail

Maakt u voor uw lichamelijke of verpleegkundige zorg gebruik van het persoonsgebonden budget?

nee ja

3. MOBILITEIT

Welke hulpmiddelen gebruikt u?

rollator standaard rolstoel elektrische rolstoel scootmobiel

Welke hulpmiddelen neemt u mee naar uw vakantie week?

rollator standaard rolstoel elektrische rolstoel scootmobiel

Heeft u een rolstoel op uw kamer nodig?

nee ja

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 uw rolstoel en op een gewone stoel zitten?

nee ja

4. PERSOONLIJKE/LICHAMELIJKE ZORGBEHOEFTE**Heeft u hulp nodig bij uw persoonlijke verzorging in de ochtend?**

(opstaan, wassen, douchen, aankleden)

- nee
 ja, frequentie: dagelijks anders, namelijk x per week

Als u hulp nodig heeft, hoe lang per keer?

- tot 15 min. tot 30 min. tot 45 min. tot 60 min. meer dan 60 min., namelijk minuten

Heeft u hulp nodig bij uw lichamelijke verzorging bij het naar bed gaan?

- nee
 ja, per keer: tot 15 min. tot 30 min. tot 45 min.
 tot 60 min. meer dan 60 min., namelijk minuten

Wordt u overdag door 1 of 2 personen tegelijk geholpen?

- 1 persoon 2 personen

Heeft u hulp nodig met aan/uittrekken 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 mogelijk met communicator of leesplank niet mogelijk

Toelichting: **5. VOEDING****Heeft u hulp nodig bij eten en/of drinken?**

- nee
 ja, bij: opscheppen/snijden/smeren volledige hulp bij eten volledige hulp bij drinken

Heeft u problemen met slikken? nee ja, namelijk **Gebruikt u sondevoeding?**

- nee
 ja neussonde PEG sonde
 dag nacht 24-uur bolus

Toelichting: **Gebruikt u een voedingspomp?**

- nee ja, type:

6. VERPLEEGKUNDIGE ZORG

Welke hulp heeft u nodig bij uw medicijngebruik?

inhaleren vernevelen oogdruppelen/zalven medicatiepleister

laxemiddelen, toelichting (middel, wijze toediening, tijdstip):

overig, namelijk

Heeft u hulp nodig bij injecties of bloedsuikercontrole? nee ja

subcutaan intramusculair bloedsuikercontrole anders, namelijk

Toelichting (middel, hoe vaak, tijdstip):

Heeft u zorg nodig bij wondverzorging? nee ja, _____ keer op de volgende dagen en tijden:

Ongeveer _____ minuten per keer

Waar bevindt de wond zich?

Toelichting wondverzorging:

Wie verzorgt de wond in uw woonsituatie?

gespecialiseerde wondverpleegkundige verpleegkundige met BIG verzorgende IG

verzorgende niveau 3 anders, namelijk

Heeft u hulp nodig bij het zwachtelen van de benen?

nee ja standaard ACT anders, toelichting:

Heeft u een stoma? nee ja, voor urine ja, voor ontlasting

Heeft u hulp nodig bij de verzorging van de stoma? nee ja, _____ keer op de volgende tijden:

Ongeveer _____ minuten per keer

Toelichting bijzonderheden, medicatie, spoelen:

KATHETERISEREN

Heeft u een blaaskatheter? nee ja, namelijk (soort): verblijfskatheter suprapubische katheter

Heeft u hulp nodig bij de verzorging van de blaaskatheter? nee ja

Wordt u dagelijks gekatheteriseerd? nee ja, _____ keer op de volgende tijden:

Heeft u hulp nodig bij het dagelijks katheteriseren? nee ja, namelijk

Heeft u tijdens de vakantieweek blaasspoeling(en) nodig? nee ja, _____ keer op de volgende dagen en tijden:

Heeft u extra zuurstof nodig?* nee ja, cilinder concentrator CPAPP

* wanneer u zuurstof in de vakantieweek gebruikt, wordt u geacht dit zelf te regelen met uw leverancier.

Heeft u hulp nodig bij de toediening van de zuurstof? nee ja, 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

Heeft u psychiatrische problemen? nee ja, namelijk

Heeft u gedragsproblemen? nee ja, namelijk

Door mijn psychische gezondheid maak ik gebruik van de volgende zorg (bv. bij dagbesteding, maaltijden, huishoudelijke hulp, etc of onder behandeling van)

8. HULPMIDDELEN

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

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> hooglaagbed | <input type="checkbox"/> bea |
| <input type="checkbox"/> hoofdeinde verstelbaar | <input type="checkbox"/> toiletstoel |
| <input type="checkbox"/> voeteneinde verstelbaar | <input type="checkbox"/> douchestoel |
| <input type="checkbox"/> papegaai | <input type="checkbox"/> douchekrukje |
| <input type="checkbox"/> bedhekken | <input type="checkbox"/> draaischijf |
| <input type="checkbox"/> dekenboog | <input type="checkbox"/> stalift, mijn gewicht is <input type="text"/> kilo |
| <input type="checkbox"/> anti-decubitusmatras (zelf meenemen/regelen) | <input type="checkbox"/> passieve lift, mijn gewicht is <input type="text"/> kilo |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk <input type="text"/> | |

9. BIJZONDERHEDEN

Gegevens van de zorgverlener die het formulier voor u heeft ingevuld:

Naam Telefoonnummer

E-mail

Heeft u het reserveringsformulier op pagina 4 ondertekend?

Niet volledig ingevulde/niet ondertekende formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen en sturen wij retour.

Hartelijk dank voor het invullen. U kunt het formulier opsturen.

Heeft u nog vragen met betrekking tot uw reservering? Belt u gerust.



Hetvakantiebureau.nl
Vakanties met aandacht