

Beste hotelgast/ouder(s)/voogd,

Om u tijdens uw verblijf kwalitatief te kunnen ondersteunen én om snel en juist te kunnen ingrijpen bij een eventueel probleem, vragen wij om deze infofiche zorgvuldig in te vullen. Om steeds over de meest recente info te beschikken zullen wij u vragen om jaarlijks dit formulier opnieuw in te vullen. Indien er in tussentijd zaken veranderen gelieve zelf het formulier aan te passen en ons op de hoogte te brengen. We garanderen maximale discretie mbt de inhoud van dit document. Mogen wij u er ook aan herinneren dat u **bij elk nieuw verblijf** een **nieuw medicatieschema dient** mee te brengen, zo is deze belangrijke info telkens actueel. Een blanco medicatieschema vind je op www.o-mer.be. Medicatie dient meegebracht in een **degelijke medibox** opgedeeld in afzonderlijk dagdelen.

PERSOONLIJKE GEGEVENS	
Naam	
Voornaam	
Geboortedatum	
Geslacht	<input type="checkbox"/> Man <input type="checkbox"/> Vrouw <input type="checkbox"/> X
Telefoon (van de hotelgast)	
GSM (van de hotelgast)	
Adres (van de hotelgast)	
Facturatieadres	
Rijksregisternummer	
Welke mutualiteit	
Lidnummer mutualiteit	
E-mailadres hotelgast	
	<input type="checkbox"/> Ik ga akkoord dat facturen, IDO protocollen, ... via e-mail mogen verzonden worden. <input type="checkbox"/> Ik wens de nieuwsbrief te ontvangen

Wettelijke vertegenwoordiger	
Naam + voornaam	
Adres	
Postcode + woonplaats	
Gsm nummer	

Telefoonnummer	
E-mailadres	
Aard van de vertegenwoordiging (aanvinken wat past op moment van ondertekening)	<input type="checkbox"/> Bewindvoering Persoon <input type="checkbox"/> Bewindvoering Middelen <input type="checkbox"/> Bewindvoering Persoon en Middelen <input type="checkbox"/> Andere, namelijk:

TE VERWITTIGEN IN NOOD: PERSOON 1

Naam + voornaam	
relatie tot de hotelgast	
Telefoon tijdens kantooruren	
Telefoon buiten kantooruren	
E-mailadres	
	<input type="checkbox"/> Ik wens de nieuwsbrief/foto's te ontvangen

TE VERWITTIGEN IN NOOD: PERSOON 2

Naam	
Voornaam	
Telefoon tijdens kantooruren	
Telefoon buiten kantooruren	
E-mailadres	
	<input type="checkbox"/> Ik wens de nieuwsbrief/foto's te ontvangen

BIJSTANDSORGANISATIE

Naam	
Voornaam	
Telefoon tijdens kantooruren	
E-mailadres	

DAGELIJKE VERZORGING			
Ik kan...	Zelfstandig	Toezicht nodig	Hulp nodig
... opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... me wassen aan de lavabo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... me douchen/in bad gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mijn haren wassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mijn tanden poetsen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... me scheren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mijn haren borstelen/kammen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... me aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mijn schoenen aan- en uitdoen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... een maandverband verwisselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... naar het toilet gaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... mijn incontinentiemateriaal verwisselen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAFELGEWOONTEN		
Ik eet ...	<input type="checkbox"/> Zelfstandig <input type="checkbox"/> Met hulp	Indien neen, welke hulp heb je nodig?
Ik volg een dieet	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, waar wil je dat we rekening mee houden?
Ik drink alcohol	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, zijn er zaken waar we rekening mee moeten houden?
Ik rook	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, zijn er zaken waar we rekening mee moeten houden?

Zijn er afspraken of opmerkingen mbt eten, drinken en roken?

SLAAPGEWOONTEN

Ik slaap overdag	<input type="checkbox"/> Ja, een middagdutje <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Andere:
Ik ga meestal slapen	<input type="checkbox"/> Tussen 20u en 21u <input type="checkbox"/> Tussen 21u en 22u <input type="checkbox"/> Tussen 22u en 23u <input type="checkbox"/> Tussen 23u en 00u <input type="checkbox"/> Andere:

COMMUNICATIE

Ik kan me duidelijk verstaanbaar maken?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien neen, op welke wijze verloopt de communicatie? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Pictogrammen <input type="checkbox"/> Geschreven taal <input type="checkbox"/> Door uiting van specifiek gedrag <input type="checkbox"/> Gebaren <input type="checkbox"/> Spreken Met Ondersteuning van Gebaren (SMOG) <input type="checkbox"/> Aanduiden van voorwerpen <input type="checkbox"/> Andere
Ik kan anderen verstaan	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Neen	
Ik kan het zeggen als ik me niet goed voel of pijn heb	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Neen	
Ik begrijp tijdsbegrippen zoals morgen, gisteren, straks, vandaag....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Neen	
Ik kan om met plotse veranderingen in de dagstructuur.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Neen	
Ik vind het noodzakelijk om activiteiten vooraf te weten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Neen	
Ik durf zelf naar een begeleider toe te stappen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms <input type="checkbox"/> Neen	

SOCIALE ONGANG

Ik heb al eerder deelgenomen aan een groepsreis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
In een groep ben ik eerder	<input type="checkbox"/> Volgzzaam <input type="checkbox"/> Neem ik graag zelf beslissingen wat ik ga doen	
In een groep ben ik graag	<input type="checkbox"/> Op mezelf en geniet ik van de rustige momenten <input type="checkbox"/> ben ik graag omgeven door anderen	
Ik kom makkelijk in conflict	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, wat kan je hierbij helpen?
Ik ben gevoelig voor drukte en lawaai in een groep	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Ik aanvaard makkelijk de groepsregels	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Ik maak makkelijk contact met nieuwe mensen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	
Ik vertoon soms moeilijk gedrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, <input type="checkbox"/> Verbale agressie <input type="checkbox"/> Lichamelijke agressie <input type="checkbox"/> Koppigheid <input type="checkbox"/> Zelfverwondend gedrag <input type="checkbox"/> Andere... (wat?) Indien ja, welke aanpak werkt het best?
Ik heb angsten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, welke angsten? Indien ja, wat kan je hierbij helpen?
Ik heb makkelijk heimwee	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, wat kan je hierbij helpen?
Durf je wel eens weglopen van de groep?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, <input type="checkbox"/> Ja, ik doe dit regelmatig <input type="checkbox"/> Ja, maar dit is slechts uitzonderlijk

VAARDIGHEDEN

Ik kan...	Goed	Matig	Niet
... lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... schrijven	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... klok lezen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... omgaan met geld	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MOBILITEIT

Ik maak gebruik van een rolwagen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, welk type? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Manuele rolwagens die ik zelf vooruit duw <input type="checkbox"/> Manuele rolwagens die door anderen geduwd wordt <input type="checkbox"/> Elektrische rolwagens Indien ja, kan ik voor kleine verplaatsingen (bv. in en uit een auto OF in en uit een douche...) de rolwagens verlaten? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Met hulp <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ik heb een tillift nodig om transfers te maken (bv. in/uit bed)
Ik maak gebruik van hulpmiddelen voor verplaatsing op korte afstand	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, welke ondersteuning gebruik je voor korte afstanden? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rolwagen <input type="checkbox"/> Met ondersteuning van een arm <input type="checkbox"/> Met looprek
Ik kan makkelijk de trap op en af	<input type="checkbox"/> Ja, ik kan dit zelfstandig <input type="checkbox"/> Ja, ik kan dit met ondersteuning van iemand <input type="checkbox"/> Neen, ik kan geen trappen nemen. <input type="checkbox"/> Andere:	

ACTIVITEITEN IFV VEILIGHEID

Ik kan zwemmen	<input type="checkbox"/> Ja, in een diep zwembad en in de zee <input type="checkbox"/> Ja, enkel in een zwembad <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ander:	
Ik kan wandelen	<input type="checkbox"/> Ja enkel korte afstanden onder de 1 km <input type="checkbox"/> Ja, langere afstanden tussen de 5 en 10 kilometer <input type="checkbox"/> Neen	Indien neen, welke ondersteuning gebruik je voor korte afstanden? <input type="checkbox"/> Met ondersteuning van een arm <input type="checkbox"/> Met looprek <input type="checkbox"/>
Ik mag alleen op stap	<input type="checkbox"/> Neen, ik mag NIET alleen op stap <input type="checkbox"/> Ik mag alleen op stap, kan me oriënteren binnen mijn gekende omgeving. <input type="checkbox"/> Ik mag alleen op stap, ik kan me voldoende oriënteren, ook op een nieuwe locatie.	
Ik kan zelfstandig fietsen	<input type="checkbox"/> Ja, enkel korte afstanden onder 5 km <input type="checkbox"/> Ja, middellange afstanden tussen de 5 en 20 kilometer <input type="checkbox"/> Ja, langere afstanden tussen 20 en 50 km <input type="checkbox"/> Neen	
Ik kan me in het verkeer begeven en kan de gevaren op straat inschatten	<input type="checkbox"/> Ja, geen probleem <input type="checkbox"/> Ja, maar het is wel van belang dat er een begeleider aanwezig is <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ander:	
Ik ben snel wagenziek	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ander:	

ALGEMENE OPMERKINGEN

Zijn er speciale wensen waar je thuis bijzonder op let en die je graag wil verdergezet zien tijdens de reis?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, welke wensen?
Zijn er speciale activiteiten die je graag tijdens je verblijf in hotel O' mer zou willen doen? * We kunnen dit niet garanderen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, welke activiteit zou je graag willen doen?
Verdere opmerkingen die ik nergens anders kwijt kon		

MEDISCHE GEGEVENS

Beperking	Duid aan wat van toepassing is:	
	<input type="checkbox"/> Geen beperking <input type="checkbox"/> Fysieke beperking <input type="checkbox"/> Verstandelijke beperking <input type="checkbox"/> Visuele beperking <input type="checkbox"/> Auditieve beperking <input type="checkbox"/> Psychische problematiek <input type="checkbox"/> Autismespectrum stoornis <input type="checkbox"/> Andere:	
Naam huisarts		
Adres huisarts		
Telefoon huisarts		
Thuisverpleging	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja steeds vignetten mutualiteit meebrengen + identiteitskaart <input type="checkbox"/> Wassen aan de lavabo <input type="checkbox"/> Douchen <input type="checkbox"/> Tandpoetsen <input type="checkbox"/> Aankleden <input type="checkbox"/> Toiletbezoek <input type="checkbox"/> Inspuiting (*) <input type="checkbox"/> Wondzorg (*) <input type="checkbox"/> Andere: (*) Bij inspuiting, wondzorg ... hebben we voor ieder verblijf een nieuw doktersvoorschrift nodig.
Naam thuisverpleegkundendienst thuis		
Extra info voor de thuisverpleegkundige:		
Vaccinaties	Tetanus, datum laatste inenting:	
	Hepatitis A en/of B datum laatste inenting:	
Diabetes/suikerziekte	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, bijkomende informatie:
Intolerantie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, aan welke producten:

Allergie	Voeding <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, aan welke producten:
	Geneesmiddelen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, aan welke producten en/stoffen:
	Zonneallergie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, hoe kan dit best voorkomen worden?
	Ik ben allergisch aan andere stoffen: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Zo ja, beschrijf aan welke stof(fen) je allergisch bent en hoe dit verholpen kan worden:
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja: Vanaf wanneer schakelt u een dokter in? Gemiddeld aantal aanvallen per week? Wanneer had je de laatste keer een aanval? Aanvallen worden uitgelokt door: Zijn er bepaalde zaken die de begeleiding moet doen, wanneer je een aanval krijgt?

Gebruik incontinentiemateriaal	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja: <input type="checkbox"/> ik verzorg me zelfstandig <input type="checkbox"/> ik heb hulp nodig bij de verzorging <input type="checkbox"/> andere:
Ik draag/gebruik ...	<input type="checkbox"/> Een bril <input type="checkbox"/> Hoorappara(a)t(en) <input type="checkbox"/> Een vals gebit <input type="checkbox"/> Andere protheses <input type="checkbox"/> Andere:	
Andere:		

Medicatie		
Neem je medicatie mee?	<input type="checkbox"/> Ja, ik neem voldoende medicatie mee (aantal reisdagen + 2) in een genaamtekende medicatiedoos <input type="checkbox"/> Neen	
Toediening van de medicatie:	<input type="checkbox"/> Ik neem mijn medicatie zelfstandig en heb GEEN hulp nodig om er aan herinnerd te worden <input type="checkbox"/> Ik geef bij het begin van de reis de medicatie af aan de begeleiding en zij geven me de medicatie op het juiste tijdstip <input type="checkbox"/> Andere:	
Extra info rond de medicatie:		

Datum

Naam + Handtekening

.....

.....

Bezorg dit ingevulde document zo snel mogelijk terug aan Hotel O' mer, o-mer@oranje.be, Consciencestraat 45, 8370 Blankenberge. Met dank!