

**DEEL I Administratief : voor het verblijf**

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 met betrekking tot de inhoud van dit document.

Deze fiche is ingevuld door :

Budget

Kom je voor het eerst op vakantie in Hotel O'mer? Of is er qua budget iets veranderd sinds jouw vorige verblijf? Geef dan zeker de meest recente info mee.

Geneesmiddelen

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.hotelomer.be/ondersteuning.

Medicatie dient meegebracht in een **degelijke medibox** opgedeeld in afzonderlijk dagdelen.

Gast verklaart zich akkoord met afgifte medicatiefiche

PERSOONLIJKE GEGEVENS (zoals op identiteitskaart)	
Naam	
Voornaam	
Rijksregisternummer	
Geslacht	Man/Vrouw/X (schrapp wat niet past)
Telefoon/GSM (van de hotelgast)	
E-mailadres hotelgast	
Mijn ondersteuningsbudget (PVB)	<input type="checkbox"/> Ik koop de specifieke zorg ter ondersteuning van mijn verblijf in Hotel O'mer in via mijn Persoonsvolgend Budget (PVB) <input type="checkbox"/> Ik licht Hotel O'mer in omtrent de aan mij toegekende B/P waarden: mijn B/P* score is: B...../P..... (bv B4/P5) *De kostprijs voor uw zorgondersteuning ikv uw PVB budget wordt bepaald door middel van uw ondersteuningsnood, uitgedrukt in een B/P waarde

	<p>Indien u deze score niet kent, kunt u deze raadplegen via het e-loket 'mijnvaph.be' of telefonisch opvragen bij het VAPH.</p> <p>Indien deze niet gekend is, wordt de BP score ingeschaald obv de informatie door u of uw doorverwijzer verschaft ikv de aanmeldingsprocedure</p>
Mijn erkenning (andere:)	<p>Ik wens zorg in te kopen via volgende erkenning</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Respijtzorg <input type="checkbox"/> RTH <p>voor minderjarigen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> MFC <input type="checkbox"/> PAB <input type="checkbox"/> RTH <p>.....</p>
Andere betrokken voorziening(en)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ik koop reeds ondersteuning in bij vzw Oranje <input type="checkbox"/> Ik zet mijn budget reeds volledig/gedeeltelijk (schrapp wat niet past) in bij een andere erkende zorgaanbieder (vul in wie) <p>.....</p>
Communicatie	<ul style="list-style-type: none"> <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	
Telefoonnummer/GSM	
E-mailadres	
Aard van de vertegenwoordiging (aanvinken wat past op moment van ondertekening)	<ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bewindvoering Persoon <input type="checkbox"/> Bewindvoering Middelen <input type="checkbox"/> Bewindvoering Persoon en Middelen <input type="checkbox"/> Andere, namelijk:

Facturatie

Naam + voornaam	
Adres	

Postcode + woonplaats	
Telefoonnummer/GSM	
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:

Aanmelder/Bijstandsorganisatie	
Naam	
Voornaam	
Telefoon tijdens kantooruren	
E-mailadres	

DEEL II : Informatie voor tijdens het verblijf

In dit gedeelte stellen we een aantal vragen om in te schatten op welke manier we jou het beste kunnen begeleiden tijdens het verblijf en waar we eventueel wat extra aandacht voor moeten hebben of hulp moeten voorzien.

TE VERWITTIGEN IN NOOD:	
Naam	
Voornaam	
Telefoon/GSM tijdens kantooruren	
E-mailadres	
<input type="checkbox"/> Ik wens de nieuwsbrief/foto's te ontvangen	

MAALTIJDEN : bvb hulp met snijden, speciaal bestek	
Hier heb ik wat hulp bij nodig.....	
Opmerkingen	

SLAPEN :	
Opmerkingen ivm de slaaproutine	

COMMUNICATIE : hoe communiceer je met anderen, en hoe gaan we het best om met jou?		
Ik maak gebruik van hulpmiddelen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, 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

Opmerkingen	
-------------	--

MOBILITEIT : heb je hulp nodig voor verplaatsingen? Heb je een rolwagen?

Opmerkingen	
-------------	--


DAGELIJKSE VERZORGING: hulp bij het wassen, aankleden, persoonlijke verzorging en toiletbezoek

	Zelfstandig	Toezicht nodig	Hulp nodig
Ik kan dit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hier heb ik wat hulp bij nodig...			
Opmerkingen			

MEDISCHE GEGEVENS

Beperking	Welke soort beperking:.....	
Naam en 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.

		Link voor aanvraag thuisverpleegkunde: https://www.o-mer.be/sites/default/files/2021-03/Thuis verpleging%20Cura%20aanvraagformulier.pdf
Naam dienst thuisverpleegkunde		
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	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, aan wat/welke producten:
Andere zaken om rekening mee te houden		

Medicatie	
Neem je medicatie?	<input type="checkbox"/> Neen <input type="checkbox"/> Ja <p>Enkele tips:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ik neem voldoende medicatie mee (aantal reisdagen + 2) - Ik heb een genaamtekende medicatiedoos waarin mijn medicatie gesorteerd zit per dagdeel (zie afbeelding hieronder) - je kunt ook je thuisverpleging inschakelen om je hiermee te helpen 
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
Opmerkingen	

Volgende zaken zijn op mij van toepassing. Schrapen wat niet past.	
Ik rook	ja/nee
Ik drink alcohol	ja/nee
Ik kan/mag alleen op stap	ja/nee
Ik loop soms weg	ja/nee
Ik krijg zakgeld	ja/nee
Opmerkingen	



Concrete tips voor mijn begeleiders tijdens mijn verblijf

Notities medewerker O'mer

Bezorg dit ingevulde document zo snel mogelijk terug aan:

Hotel O'mer
welkom@hotelomer.be
Consciencestraat 45
8370 Blankenberge

Met dank!