

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.

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.

Reserveren kan ook digitaal: ga naar hetvakantiebureau.nl/reserveren.

het vakantiebureau
bijzondere vakanties

DEEL I - RESERVERINGSFORMULIER (per gast 1 formulier invullen)

1. ALGEMENE GAST GEGEVENS (verplicht)

Roepnaam

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

Naam en voorletters (gast) man vrouw

Adres

Postcode Woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

E-mail

Geboortedatum Geboorteplaats

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

Om de vakanties betaalbaar te houden, ontvangt de gast de bevestiging/factuur en de uitnodigingsbrief per e-mail. Wilt u deze correspondentie liever op een ander mailadres ontvangen? Vul dan hier het andere mailadres in

2. AANTAL VAKANTIEWEKEN

Ik meld mij aan voor vakantieweken (aantal invullen).

3. VOORKEUR VAKANTIEWEEK

Kies uw vakantie in het overzicht vakantieweken van de Vakantiegids of uit het overzicht van uw folder. Graag aanvragen op volgorde van uw voorkeur.

	VOORKEURSDATUM	ALTERNATIEVE DATUM	VAKANTIEACCOMMODATIE	DOELGROEP NUMMER*
Week 1				
Week 2				

* Het doelgroepnummer treft u bij het overzicht van de vakantieweken in uw Vakantiegids (zie pagina 18/19).

4. KAMER

Mijn voorkeur gaat uit naar een:

Eenpersoonskamer

Tweepersoonskamer

Ik wil mijn kamer delen met

Ik laat aan Het vakantiebureau over met wie ik mijn kamer deel

5. ANNULERINGSREGELING (altijd invullen)

Wilt u een annuleringsregeling à € 50,- p.p. per vakantieweek afsluiten bij Het Vakantiebureau? (voorwaarden zie Vakantiegids). 7 dagen na ontvangst van de bevestiging dient u de annuleringsverzekering te betalen.

ja nee

6. GEGEVENS CONTACTPERSOON TIJDENS DE VAKANTIEWEEK (altijd invullen)

Hier vult u de gegevens in van de contactpersoon die tijdens uw vakantieweek bereikbaar is.

Naam man vrouw

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer Mobiel

Relatie tot aanmelder

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

Naam (huis)arts

Telefoonnummer

Naam zorgverzekering

Polisnummer

Naam apotheek

Telefoonnummer

E-mail

8. GEGEVENS REKENINGADRES (alleen invullen als u de factuur niet zelf betaalt)

Naam man vrouw

Telefoonnummer Mobiel

E-mail

Relatie tot aanmelder

Ruimte voor opmerkingen

9. GEGEVENS ALGEMENE LICHAAMELIJKE 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

VAKANTIEFONDS

Wilt u een beroep doen op het Vakantiefonds? Vult u dan bijgesloten aanvraagformulier Vakantiefonds in. Voor meer informatie zie de Vakantiegids.

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 problemen met uw mobiliteit?

- nee
 ja, ik maak gebruik van een rollator standaard rolstoel elektrische rolstoel scootmobiel
 anders, namelijk

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 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

NIET-REANIMEREN

Ik wil niet gereanimeerd worden bij een ademhalings- of hartstilstand en heb daarvoor een ondertekende niet-reanimerenverklaring of een niet-reanimerenpenning of -pas (van de NVVE of Patiëntenfederatie).

Het vakantiebureau ontvangt graag voorafgaand aan uw vakantie een kopie van uw niet-reanimerenverklaring of van uw niet-reanimerenpenning of -pas. Tijdens uw gehele vakantie moet u deze verklaring, penning of pas bij u dragen op een snel vindbare plaats.

10. ALGEMENE BIJZONDERHEDEN

Zijn er bijzonderheden, die van belang zijn tijdens de vakantieweek?

nee ja, namelijk _____

Wilt u met iemand anders aan dezelfde vakantieweek deelnemen? Vult u dan hier de naam in:

Bij voorkeur beide formulieren gelijktijdig insturen.

11. 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 vakantieweek 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 vakantieweek opstuur naar Het vakantiebureau.
- dat ik me realiseer dat, indien ik de gegevens niet volledig of onjuist invul en mijn actuele medicijnen overzicht niet bij mij heb, Het vakantiebureau geen verantwoorde zorg kan leveren. Tevens kan Het vakantiebureau 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 vakantieweek.
- dat ik akkoord ga met de reserverings-, reis- en annuleringsvoorwaarden.
- Ik geef toestemming voor het gebruik van beeldmateriaal waar ik op sta gemaakt tijdens vakantieweken voor publicatie doeleinden ja nee

Datum _____

Handtekening _____

Plaats _____

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 man vrouw
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 min.**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 min.**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 mogelijkToelichting: **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 bolusToelichting: **Gebruikt u een voedingspomp?** nee ja, type:

6. VERPLEEGKUNDIGE ZORG**Welke hulp heeft u nodig bij uw medicijngebruik?**

inhaleren vernevelen oogdruppelen/zalven medicatiepleister

laxeermiddelen, 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: _____

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: _____

Benodigde materialen voor uw zorgverlening dient u zelf mee te nemen naar uw vakantieweek.

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 kilo |
| <input type="checkbox"/> anti-decubitusmatras (zelf meenemen/regelen) | <input type="checkbox"/> passieve lift, mijn gewicht is kilo |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk | |

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 naar Het vakantiebureau, Postbus 466, 3830 AM Leusden.

U ontvangt - als er geen bijzonderheden zijn - zo snel mogelijk een (digitale) bevestiging.

Heeft u nog vragen met betrekking tot uw reservering? Belt u gerust naar (0343) 74 58 90.