

Beste hotelgast/ouder(s)/voogd,

Om snel en juist te kunnen ingrijpen bij een eventueel probleem, vragen wij om deze infofiche zorgvuldig in te vullen. Om te vermijden dat foutieve info in omloop blijft, worden infofiches elk jaar vernietigd. Daardoor zijn wij genoodzaakt om je te vragen de fiche elk jaar opnieuw in te vullen, in het belang van de hotelgast. We garanderen maximale discretie mbt de inhoud van dit document.

Bij elk nieuw verblijf dien je een **nieuwe medicatielijst** mee te brengen, zo is deze belangrijke info telkens actueel. Een blanco medicatielijst 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
Telefoon (van de hotelgast)	
GSM (van de hotelgast)	
Adres (van de hotelgast)	
Facturatieadres	
Rijksregisternummer	
Welke mutualiteit	
Lidnummer mutualiteit	
E-mailadres hotelgast	
Indien van toepassing, gegevens bewindvoerder	

TE VERWITTIGEN IN NOOD: PERSOON 1	
Naam + relatie tot de hotelgast	
Voornaam	
Telefoon tijdens kantooruren	
Telefoon buiten kantooruren	
E-mailadres	

TE VERWITTIGEN IN NOOD: PERSOON 2

Naam + relatie tot hotelgast	
Voornaam	
Telefoon tijdens kantooruren	
Telefoon buiten kantooruren	
E-mailadres	

MEDISCHE GEGEVENS

Beperking	Duid aan wat van toepassing is <input type="checkbox"/> Geen <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 <input type="checkbox"/> Andere:	
Naam huisarts		
Telefoon huisarts		
Thuisverpleging	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja <u>steeds vignetten mutualiteit</u> meebrengen + <u>identiteitskaart</u> <input type="checkbox"/> wassen <input type="checkbox"/> inspuiting (*) <input type="checkbox"/> wondzorg (*) <input type="checkbox"/> andere: (*) Bij inspuiting, wondzorg ... hebben we <u>voor ieder verblijf</u> een nieuw doktersvoorschrift nodig.
Vaccinaties	Tetanus, datum laatste inenting: ?	
	Hepatitis A en/of B datum laatste inenting: ?	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, bijkomende informatie:
Intolerantie	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, bijkomende informatie:
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:
	Zonneallergie <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja, hoe kan dit best voorkomen worden?
	Andere	Beschrijving:
Epilepsie	<input type="checkbox"/> Ja, absence <input type="checkbox"/> Ja, grand mal <input type="checkbox"/> Ja, andere (beschrijf) <input type="checkbox"/> Neen	Indien ja: Vanaf wanneer schakelt u een dokter in? Gemiddeld aantal aanvallen per week? Datum laatste aanval? Aanvallen worden uitgelokt door:
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
Andere		

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"/>

TAFELGEWOONTEN

Ik eet ...	<input type="checkbox"/> Zelfstandig <input type="checkbox"/> Neen, ik heb hulp nodig	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?

SLAAPGEWOONTEN

Ik slaap overdag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Soms, niet altijd <input type="checkbox"/> Neen	
Ik ga meestal slapen	<input type="checkbox"/> Tussen 20 en 21 uur <input type="checkbox"/> Tussen 22 en 23 uur <input type="checkbox"/> Tussen 21 en 22 uur <input type="checkbox"/> Tussen 23 en 00 uur <input type="checkbox"/> andere: ... (in te vullen)	
Ik vind het leuk om met anderen op een kamer te slapen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen. Hiermee maken we geen belofte dat je alleen kan slapen. We kijken ter plaatse wel wat we kunnen doen om je een rustige nacht te garanderen.	

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
Ik kan anderen verstaan	<input type="checkbox"/> Ja	

	<input type="checkbox"/> Neen
Ik kan het zeggen als ik me niet goed voel of pijn heb	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ik begrijp tijdsbegrippen zoals morgen, gisteren, straks, vandaag....	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ik kan om met plotse veranderingen in de dagstructuur.	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ik vind het noodzakelijk om activiteiten vooraf te weten	<input type="checkbox"/> Ja <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"/> Volgzaam <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 stap bij moeilijkheden makkelijk naar de begeleiding	<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	Indien ja, welke angsten?

	<input type="checkbox"/> Neen	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?

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? <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? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
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? <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 die me een arm geeft <input type="checkbox"/> Neen	

ACTIVITEITEN IFV VEILIGHEID

Ik kan zwemmen	<input type="checkbox"/> Ja, in een diep zwembad <input type="checkbox"/> Ja, enkel in een ondiep zwembad
----------------	--

	<input type="checkbox"/> Ik kan/mag zwemmen in de zee. <input type="checkbox"/> Neen
Ik kan wandelen	<input type="checkbox"/> Ja, enkel korte afstanden onder 1 kilometer <input type="checkbox"/> Ja, middellange afstanden tussen de 1 en 5 kilometer <input type="checkbox"/> Ja, langere afstanden tussen de 5 en 10 kilometer <input type="checkbox"/> Neen, ik wandel geen langere afstanden
	<p>Indien neen, welke ondersteuning gebruik je voor korte afstanden?</p> <input type="checkbox"/> Met ondersteuning van een arm <input type="checkbox"/> Met looprek
	<p>Ik mag alleen op stap, kan me oriënteren binnen mijn gekende omgeving.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
	<p>Ik mag alleen op stap, ik kan me voldoende oriënteren ook op een nieuwe locatie.</p> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ik kan zelfstandig fietsen	<input type="checkbox"/> Ja, enkel korte afstanden onder 5 kilometer <input type="checkbox"/> Ja, middellange afstanden tussen de 5 en 20 kilometer <input type="checkbox"/> Ja, langere afstanden tussen de 20 en 50 kilometer <input type="checkbox"/> Neen, ik fiets enkel met een tandem/driewieler <input type="checkbox"/> Neen, ik fiets niet
Ik kan me in het verkeer begeven en kan de gevaren op straat inschatten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen
Ik ben snel wagenziek	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Neen

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?
Verdere opmerkingen die ik nergens anders kwijt kon		

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!