

JC van Markenlaan 3 2285 VL Rijswijk
Postbus 1812 2280 DV Rijswijk
buro@stichting-siv.nl
tel. 085-4881144

Wilt u de juiste gegevens invullen? Het is gewenst dat u dit formulier samen met uw zorgverlener invult.
Indien er al gegevens staan ingevuld, controleer deze en verbeter ze zo nodig.

NAAM

Dhr/Mw	Initialen	Voorvoegsel	Achternaam

CALAMITEITEN

Deze gegevens heeft de (hoofd)verpleegkundige nodig in het geval u medische hulp van buiten nodig heeft, zoals medicijnen die bij een apotheek gehaald moeten worden, bezoek aan een arts of een ziekenhuisopname.

Zorgverzekeraar	Polisnummer
Burgerservicenummer (BSN)	Telefoonnummer van zorgverlener/afdeling

ALGEMENE GEZONDHEIDSVRAGEN

1. Ten gevolge van welke aandoeningen/ziektes heeft u beperkingen?

2. Geef aan hoe ernstig u wordt gehinderd door een van onderstaande beperkingen

a. Belemmerde spraak	[geen enige ernstig]
b. Slikproblemen	[geen enige ernstig]
c. Slechthorendheid	[geen enige ernstig]
d. Slechtziendheid	[geen enige ernstig]
3. Wat is ongeveer uw gewicht?	Kg
4. Wilt u ingeval van hartstilstand gereanimeerd worden?	[ja nee]

HULP BIJ DAGELIJKSE VERZORGING

Hoeveel hulp heeft u nodig bij de volgende dagelijkse verrichtingen	
1. Aan-en uitkleden	[geen weinig veel]
2. In- en uit bed gaan	[geen weinig veel]
3. Wassen	[geen weinig veel]
4. Eten en drinken	[geen weinig veel]
5. Naar het toilet gaan	[geen weinig veel]
6. Douchen	[geen weinig veel]

THUISZORG

Ontvangt u thuiszorg, vul dan hier de naam van de thuiszorgorganisatie in

VOEDING

1. Volgt u een dieet? Zo ja, welk dieet? (Voeg zo nodig lijst bij)	[ja nee]	
--	------------	--

MEDISCHE VOORZIENINGEN

1. Gebruikt u antistollingsmiddelen (bloedverduunners)?	[ja nee]	
2. Gebruikt u andere medicijnen? (Zo ja, voeg een medicijnlijst bij)	[ja nee]	
3. Krijgt u injecties?	[ja nee]	
4. Heeft u een katheter? Zo ja, heeft u hulp nodig bij de verzorging daarvan?	[ja nee] [ja nee]	
5. Gebruikt u overdag of 's nachts incontinentiemateriaal?	[ja nee]	
6. Heeft u een stoma? Zo ja, heeft u hulp nodig bij de verzorging daarvan?	[ja nee] [ja nee]	
7. Gebruikt u zuurstof?	[ja nee]	
8. Heeft u wonden die verzorgd moeten worden?	[ja nee]	
9. Hoe is uw nachtrust?	[goed onrustig slecht]	

MOBILITEIT

1. Kunt u staan?	[ja nee met hulp]	
2. Kunt u lopen? Zo ja hoeveel meter ongeveer?	[ja nee met hulp]	
3. Gebruikt u bij het lopen een hulpmiddel? Zo ja, welk?	[ja nee] [kruk looprek rollator stok]	
4. Gebruikt u een rolstoel? a. Zo ja, welk type? b. Is de rolstoel inklapbaar? c. Is de rolstoel extra lang? d. Is de rolstoel extra breed?	[ja nee] [duwwagen elektrisch] [ja nee] [ja nee] [ja nee]	
5. Welke van de volgende hulp- middelen worden bij uw verzor- ging gebruikt? a. Draaischijf b. Actieve lift c. Passieve lift	[ja nee] [ja nee] [ja nee]	

Hieronder is ruimte voor opmerkingen en bijzonderheden m.b.t. de verzorging

VOORZIENINGEN AAN HET BED

1. Heeft u een hoog-laagbed nodig?	[ja nee]	
2. Heeft u een papegaai nodig?	[ja nee]	
3. Heeft u bedhekken nodig?	[ja nee]	
4. Heeft u een toilet of postoeel op de kamer nodig?	[ja nee]	
5. Heeft u een extra lang bed nodig?	[ja nee]	
6. Vermeld hier eventuele andere aanpassingen die aan het bed nodig zijn		

ZORGOVEREENKOMST

De door u op dit formulier verstrekte gegevens worden door Stichting SIV gebruikt om u tijdens de vakantieweek en tijdens eventuele calamiteiten de benodigde zorg te kunnen bieden.

U heeft te allen tijde het recht uw gegevens in te zien, te laten wijzigen of te laten verwijderen. Neem voor meer informatie contact met ons op.

☐ Ik geef Stichting SIV toestemming de door mij verstrekte gegevens omtrent mijn gezondheid en benodigde lichamelijke zorg in de administratie op te nemen en te verwerken voor het hierboven aangegeven doel (kruis het vakje aan voor akkoord).

Datum

Handtekening