

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. Slechtfziendheid                                      | [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?<br>Zo ja, welk dieet?<br>(Voeg zo nodig lijst bij) | [ja   nee] |  |
|--------------------------------------------------------------------------|------------|--|

**MEDISCHE VOORZIENINGEN**

|                                                                                     |                            |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--|
| 1. Gebruikt u antistollingsmiddelen<br>(bloedverdunners)?                           | [ja   nee]                 |  |
| 2. Gebruikt u andere medicijnen?<br>(Zo ja, voeg een medicijnlijst bij)             | [ja   nee]                 |  |
| 3. Krijgt u injecties?                                                              | [ja   nee]                 |  |
| 4. Heeft u een katheter?<br>Zo ja, heeft u hulp nodig bij<br>de verzorging daarvan? | [ja   nee]<br>[ja   nee]   |  |
| 5. Gebruikt u overdag of 's nachts<br>incontinentiemateriaal?                       | [ja   nee]                 |  |
| 6. Heeft u een stoma?<br>Zo ja, heeft u hulp nodig bij<br>de verzorging daarvan?    | [ja   nee]<br>[ja   nee]   |  |
| 7. Gebruikt u zuurstof?                                                             | [ja   nee]                 |  |
| 8. Heeft u wonden die verzorgd<br>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?<br>Zo ja hoeveel meter ongeveer?                                                                                                       | [ja   nee   met hulp]                                                           |  |
| 3. Gebruikt u bij het lopen een<br>hulpmiddel?<br>Zo ja, welk?                                                                                          | [ja   nee]<br>[kruk   looprek  <br>rollator   stok]                             |  |
| 4. Gebruikt u een rolstoel?<br>a. Zo ja, welk type?<br>b. Is de rolstoel inklapbaar?<br>c. Is de rolstoel extra lang?<br>d. Is de rolstoel extra breed? | [ja   nee]<br>[duwwagen   elektrisch]<br>[ja   nee]<br>[ja   nee]<br>[ja   nee] |  |
| 5. Welke van de volgende hulp-<br>middelen worden bij uw verzor-<br>ging gebruikt?<br>a. Draaischijf<br>b. Actieve lift<br>c. Passieve lift             | [ja   nee]<br>[ja   nee]<br>[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