

AANVRAAG VOOR VERBLIJF ZORGHOTEL KONINKLIJKE VILLA

Geachte,

Om uw verblijf zo goed mogelijk voor te bereiden, vragen wij U om onderstaand formulier zo correct mogelijk in te vullen. Velden aangeduid met een * zijn verplicht.

Formulier terug sturen: BZIO Zeedijk 286-288 - 8400 Oostende.

Tel. 059/55 92 15 – Fax 059/50 00 89 opname@bzio.be of digitaal in te vullen.

1 ALGEMENE INFORMATIE

Wanneer wilt u in het zorghotel verblijven?

Van*: / /

Tot*: / /

Aantal personen? *

Kamertype * :

- grote tweepersoonskamer met panoramisch zeezicht/suite
- grote tweepersoonskamer frontaal zeezicht (1^{ste} verdieping)
- grote tweepersoonskamer (1^{ste} verdieping)
- standaard tweepersoonskamer (2^{de} verdieping)
- éénpersoonskamer (2de verdieping)

2 PERSONEN INFORMATIE

Gelieve alle velden correct in te vullen;

Vul hier de gegevens in van de personen die in het hotel zullen verblijven:

Persoon 1

Naam en voornaam : *

Adres: *

Geboortedatum (dd-mm-jjjj): * / /

Telefoon/gsm: *

E-mailadres:

Contactpersoon, naam: Tel/GSM:

Naast mijn verblijf wens ik :

Heeft u nood aan specifieke verpleegkundige zorg *?

- Ja Neen

Zo ja, alle verpleegkundige voorschriften mee te brengen.

Komt er reeds thuisverpleging?

- Ja Neen

Behandeling (kinesithherapie, ...) *? Ja Neen

➤ **Indien kinesithherapie gewenst een recent voorschrift mee te brengen.**

Contactgegevens huisarts:

3 ZORG INFORMATIE

Aard ingreep of medische behandeling voorafgaand aan verblijf *

<input type="checkbox"/>	Oncologische behandeling / diagnose:
<input type="checkbox"/>	Operatie <input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Radiotherapie
<input type="checkbox"/>	Orthopedische ingreep (datum ingreep:)
<input type="checkbox"/>	Heupprothese <input type="checkbox"/> Knieprothese
<input type="checkbox"/>	Andere Ingreep / specificeer:
<input type="checkbox"/>	Neurologische aandoening (datum aandoening:)
<input type="checkbox"/>	CVA
<input type="checkbox"/>	andere / Specificeer:
<input type="checkbox"/>	Andere diagnosen /specificeer :

Mijn zorgbilan*

<u>Wassen</u>	<input type="checkbox"/> Ik kan me zelfstandig wassen.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig om me te wassen voor mijn bovenlichaam.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig om me te wassen voor mijn onderlichaam.	<input type="checkbox"/> Ik ben volledig afhankelijk.
<u>Aankleden</u>	<input type="checkbox"/> Ik kan me zelfstandig aan- en uitkleden.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig bij het aankleden voor mijn bovenlichaam.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig bij het aankleden voor mijn onderlichaam.	<input type="checkbox"/> Ik ben volledig afhankelijk.

<u>Verplaatsingen</u>	<input type="checkbox"/> Ik ben zelfstandig.	Ik heb hulpmiddelen nodig <input type="checkbox"/> Rolstoel <input type="checkbox"/> Elektrische rolstoel <input type="checkbox"/> Krukken/looprek <input type="checkbox"/> Tillift Indien hulpmiddelen nodig deze mee te brengen	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig van een tweede persoon.	<input type="checkbox"/> Ik ben volledig afhankelijk van anderen om met te verplaatsen.
<u>Toiletbezoek</u>	<input type="checkbox"/> Ik kan alleen naar het toilet gaan.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig om te verplaatsen.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig om me aan te kleden of te reinigen.	<input type="checkbox"/> Ik ben volledig afhankelijk van anderen voor het toiletbezoek.
<u>Incontinentie</u>	<input type="checkbox"/> Ik ben continent.	<input type="checkbox"/> Ik ben soms incontinent voor urine of voor stoelgang.	<input type="checkbox"/> Ik ben Incontinent voor urine of stoelgang.	<input type="checkbox"/> Ik ben incontinent voor urine en voor stoelgang. Gelieve voldoende inco-materiaal mee te brengen.
<u>Eten</u>	<input type="checkbox"/> Ik kan zelfstandig eten en drinken.	<input type="checkbox"/> Ik heb vooraf hulp nodig.	<input type="checkbox"/> Ik heb gedeeltelijke hulp nodig.	<input type="checkbox"/> Ik heb volledige hulp nodig.
<u>Oriëntatie</u>	<input type="checkbox"/> Ik ben niet verward.	<input type="checkbox"/> Ik ben soms verward.	<input type="checkbox"/> Ik ben steeds verward.	

Beschrijf nader **welke specifieke verpleegkundige zorgen en op welke tijdstippen** u deze nodig heeft * :

<ul style="list-style-type: none"> ○ Wondzorg: ○ Inspuitingen: ○ Stomazorg : ○ TED-kousen / steunkousen: ○ Urinesonde : ○ Hulp nodig bij medicatie (recente medicatielijst + medicatie mee te brengen): ○ Zorgen i.v.m. diabetes:

- Andere zorgen / specificeer:
.....

Is er een dieet die dient gevolgd te worden*?

- Ja / welk dieet / allergie :
.....
.....
- Neen.

Graag mee te brengen tijdens het verblijf:

- Washandjes
- Zwembadkledij

Eventueel persoon 2 op dezelfde kamer:

Naam en voornaam : *

Hoedanigheid : partner / mantelzorger /

Naast zijn/haar verblijf wenst de begeleider :

Zorg * : Ja Neen

Behandeling (kinesithérapie, ...) * : Ja Neen

Is er een dieet die dient gevolgd te worden*?

- Ja / welk dieet / allergie :
.....
.....
- Neen.

Aard ingreep of medische behandeling voorafgaand aan verblijf *

- Oncologische behandeling / diagnose:
 - Operatie Chemotherapie Radiotherapie
- Orthopedische ingreep (datum ingreep:)
 - Heupprothese Knieprothese
 - Andere Ingreep / specificeer:
- Neurologische aandoening (datum aandoening:)
 - CVA
 - andere / Specificeer:
- Andere diagnosen /specificeer :