

AANVRAAG VOOR VERBLIJF GEZONDHEIDSCENTRUM 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.
Met dank.

1 ALGEMENE INFORMATIE

Wanneer wilt u in het gezondheidscentrum verblijven?

Van*: / / 201.

Tot*: / / 201.

Aantal personen? *

Aantal kamers? *

Kamertype * :

- grote tweepersoonskamer frontaal zeezicht
- grote tweepersoonskamer lateraal zeezicht
- gewone tweepersoonskamer
- suite
- éénpersoonskamer

2 PERSONEN INFORMATIE

Gelieve alle velden correct in te vullen;

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

Gebruiker 1

Naam en voornaam : *

Adres: * postcode

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

Telefoon/gsm: *

E-mailadres:

Naast mijn verblijf wens ik :

Zorg * ja neen

Behandeling (kinesithérapie, ...) * ja neen

Aard ingreep of medische behandeling voorafgaand aan verblijf *

- Oncologische behandeling
- Orthopedische ingreep
 - Heup of knieprothese
 - Andere Ingreep
- Neurologische aandoening
 - CVA
 - andere
- Andere specificeer :

Mijn zorgbilan

1. Wassen

- Ik kan me zelfstandig wassen
- Ik heb hulp nodig om me te wassen voor mijn bovenlichaam
- Ik heb hulp nodig om me te wassen voor mijn onderlichaam
- Beide

2. Aankleden

Ik kan me zelfstandig aan- en uitkleden

- Ja
- Neen
 - Geheel
 - Gedeeltelijke

3. Verplaatsingen

Ik ben zelfstandig voor kleine verplaatsingen (van bed naar stoel, van stoel naar rolstoel, enz.) en voor grotere verplaatsingen. Ik heb daarbij geen mechanische hulp of hulp van iemand anders nodig.

- Ja
 - Neen
 - Ik heb hulpmiddelen nodig om me te verplaatsen (krukken, rolstoel, enz.)
 - Ik heb hulp nodig van een tweede persoon om me te verplaatsen
 - Ik heb volledig afhankelijk van anderen om met te verplaatsen
-

4. Toiletbezoek

Ik kan alleen naar het toilet gaan

- Ja
- Neen
 - Ik heb hulp nodig om te verplaatsen
 - Ik heb hulp nodig om me aan te kleden
 - Ik heb hulp nodig om me te reinigen
 - Ik ben volledig afhankelijk van anderen voor het toiletbezoek

5. Incontinentie

Ik ben continent

- Ja
- Neen
 - Ik ben soms incontinent voor urine of voor stoelgang
 - Ik ben incontinent voor urine of stoelgang
 - Ik ben incontinent voor urine en voor stoelgang

6. Eten

Ik kan zelfstandig eten en drinken

- Ja
- Neen
 - Ik heb vooraf hulp nodig (bv. eten in stukjes snijden, glas vullen, enz.)
 - Ik heb gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken
 - Ik moet volledig geholpen worden door iemand anders om te kunnen eten of drinken

Ik volg een specifiek dieet

- Neen
- Ja : omschrijf nader :

7. Oriëntatie tijd/ruimte

- Ik ben niet verward
- Ik ben soms verward
- Ik ben voortdurend verward

8. Heeft u nood aan specifieke verpleegkundige zorg (wondzorg, insputingen, stomazorg, sonden, ...) ?

Beschrijf nader **welke zorgen EN OP WELKE UREN** u deze nodig heeft :

Eventueel begeleidend persoon

Naam en voornaam : *

Hoedanigheid : partner / mantelzorger /

Naast zijn/haar verblijf wenst de begeleider :

Zorg * ja neen

Behandeling (kinesithérapie, ...) * ja neen

Aard ingreep of medische behandeling voorafgaand aan verblijf *

<input type="checkbox"/> Oncologische behandeling
<input type="checkbox"/> Orthopedische ingreep
<input type="checkbox"/> Heup of knieprothese
<input type="checkbox"/> Andere Ingreep
<input type="checkbox"/> Neurologische aandoening
<input type="checkbox"/> CVA
<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Andere specificeer :
<input type="checkbox"/> Geen

Zorgbilan begeleider

1. Wassen

- Ik kan me zelfstandig wassen
- Ik heb hulp nodig om me te wassen voor mijn bovenlichaam
- Ik heb hulp nodig om me te wassen voor mijn onderlichaam
- Beide

2. Aankleden

Ik kan me zelfstandig aan- en uitkleden

- Ja
- Neen
 - Geheel
 - Gedeeltelijke

3. Verplaatsingen

Ik ben zelfstandig voor kleine verplaatsingen
(van bed naar stoel, van stoel naar rolstoel, enz.) en voor grotere verplaatsingen.
Ik heb daarbij geen mechanische hulp of hulp van iemand anders nodig.

- Ja
- Neen
 - Ik heb hulpmiddelen nodig om me te verplaatsen (krukken, rolstoel, enz.)
 - Ik heb hulp nodig van een tweede persoon om me te verplaatsen
 - Ik heb volledig afhankelijk van anderen om met te verplaatsen

4. Toiletbezoek

Ik kan alleen naar het toilet gaan

- Ja
- Neen
 - Ik heb hulp nodig om te verplaatsen
 - Ik heb hulp nodig om me aan te kleden
 - Ik heb hulp nodig om me te reinigen
 - Ik ben volledig afhankelijk van anderen voor het toiletbezoek

5. Incontinentie

Ik ben continent

- Ja
- Neen
 - Ik ben soms incontinent voor urine of voor stoelgang
 - Ik ben incontinent voor urine of stoelgang
 - Ik ben incontinent voor urine en voor stoelgang

6. Eten

Ik kan zelfstandig eten en drinken

- Ja
- Neen
 - Ik heb vooraf hulp nodig (bv. eten in stukjes snijden, glas vullen, enz.)
 - Ik heb gedeeltelijke hulp nodig tijdens het eten of drinken
 - Ik moet volledig geholpen worden door iemand anders om te kunnen eten of drinken

Ik volg een specifiek dieet

- Neen
- Ja : omschrijf nader :

7. Oriëntatie tijd/ruimte

- Ik ben niet verward
 - Ik ben soms verward
 - Ik ben voortdurend verward
-

8. Heeft u nood aan specifieke verpleegkundige zorg (wondzorg, inspuitingen, stomazorg, sonden, ... ?

Beschrijf nader **welke zorgen EN OP WELKE UREN** u deze nodig heeft :

Naam en volledig adres huisarts :

.....
.....

Heeft één van uw beiden thuisverpleging ?

Neen

Ja

Contactgegevens van de verzorgende (vergeet uw klevertjes van de mutualiteit niet)

Naam en voornaam verzorgende/verpleegkundige :

Adres:

Telefoon/gsm:Hartelijk dank !

INDIEN U BEHANDELING (KINESITHERAPIE, LOGOPEDIE, ...) WENST ZAL U EEN AANVRAAGFORMULIER BEZORGD WORDEN DOOR ONZE OPNAMEPLANNER. DEZE DIENT U DOOR EEN BEHANDELEND ARTS TE LATEN INVULLEN EN 3 DAGEN VOOR OPNAME BESCHIKBAAR TE ZIJN VOOR ONZE ARTSEN ZODAT EEN CONSULTATIE KAN GEPLAND WORDEN.

Hartelijk dank voor uw aanvraag.

Terug te zenden per post / te faxen of te mailen naar :

Sofie Smets
Opnamecoördinator

BZIO
Zeedijk 286-288 - 8400 Oostende
Tel. 059/55 92 15 - Fax 059/50 00 89
opname@bzio.be
