

AANVRAAG VOOR BOOTCAMP 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.

1 ALGEMENE INFORMATIE

Wanneer wilt u in het zorghotel verblijven?

Van*: / /

Tot*: / /

Aantal personen? *

Aantal kamers? *

Kamertype op basis van beschikbaarheid: wordt bepaald door de opnameplanner

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: is de mantelzorger

Naam en voornaam : *

Adres: *

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

Telefoon/gsm: *

E-mailadres:

Contactpersoon, naam: Tel/GSM:

Eventueel persoon 2 op dezelfde kamer:

Naam en voornaam : *

Naast zijn/haar verblijf wenst de begeleider :

Zorg * ja neen

Behandeling (kinesitherapie, ...) * ja neen

Aard ingreep of medische behandeling voorafgaand aan verblijf *

<input type="checkbox"/> Oncologische behandeling
<input type="checkbox"/> Orthopedische ingreep (datum ingreep:)
<input type="checkbox"/> Heup of knieprothese
<input type="checkbox"/> Andere Ingreep
<input type="checkbox"/> Neurologische aandoening (datum aandoening:)
<input type="checkbox"/> CVA
<input type="checkbox"/> andere
<input type="checkbox"/> Andere 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 gedeeltelijk hulp nodig.	<input type="checkbox"/> Ik ben volledig afhankelijk.	
<u>Verplaatsingen</u>	<input type="checkbox"/> Ik ben zelfstandig.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulpmiddelen nodig om me te verplaatsen.	<input type="checkbox"/> Ik heb hulp nodig van een tweede persoon om me te verplaatsen.	<input type="checkbox"/> Ik heb 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.
<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.	