

# RESERVERINGSFORMULIER GAST

Fijn dat u uw vakantie bij ons reserveert!  
Dit reserveringsformulier bestaat uit twee delen.  
Lees hieronder welke delen wij graag van u ontvangen.

Hetvakantiebureau.nl  
Vakanties met aandacht

## DEEL I - RESERVERINGSFORMULIER

Bent u nog vitaal en mobiel en heeft u geen verzorging nodig? Vult u dan alleen Deel I in van dit reserveringsformulier. Deel II kunt u van het formulier afknippen.

## DEEL II - ZORGFOMULIER

Deel I & II van dit formulier vult u in als u hulp nodig heeft bij uw lichamelijke verzorging en/of ondersteuning omdat u een lichamelijke, visuele of verstandelijke beperking heeft of een psychische aandoening. Dit geldt ook als u beperkt mobiel bent, hulpmiddelen gebruikt of voorzieningen in uw hotelkamer nodig heeft.

## DEEL I - RESERVERINGSFORMULIER (per persoon 1 formulier invullen)

### 1. ALGEMENE GEGEVENS

Naam en voorletters (gast)   vrouw  man

Adres

Postcode  Woonplaats

Telefoonnummer  Mobiel

E-mail

Hoe wilt u de informatie m.b.t. uw vakantie ontvangen?  per mail  per post

Geboortedatum  Geboorteplaats

Numer ID bewijs (**alléén** invullen als u zich aanmeldt voor de PWA)

### 2. AANTAL VAKANTIEWEKEN

Ik meld mij aan voor  vakantieweken (aantal invullen).

### 3. RESERVEREN (Kies uw vakantie op pagina 10 van de Vakantiegids of uit het overzicht van uw folder)

DOELGROEP-NUMMER INVULLEN*	VAKANTIE-ACCOMMODATIE	WEEK 1		WEEK 2	
		VOORKEURS-DATUM	ALTERNATIEVE DATUM	VOORKEURS-DATUM	ALTERNATIEVE DATUM
	Nieuw Hydepark				
	Dennenheul				
	De Heerenhof				
	Ijsselvliedt				
	Imminkhoeve				
	Vaarvakantie Prins W. Alexander				
	De Rijper Eilanden				

\* 1 = Gemengde seniorenvakanties; senioren zonder zorg of met lichte zorg en senioren met intensieve zorg  
2 = senioren zonder zorg of met lichte zorg  
4 = mensen met licht verstandelijke beperking

5 = mantelzorgers en thuiswonende partners met dementie  
6 = mensen met visuele beperking en senioren zonder of met lichte zorg

### 4. ANNULERINGSREGELING (altijd invullen)

Wilt u een annuleringsregeling à € 43,50 p.p. per vakantieweek afsluiten bij Hetvakantiebureau.nl? (voorwaarden zie Vakantiegids pag. 27)

ja  nee

**5. UW CONTACTPERSOON**

Als u niet zelf uw reservering regelt, dan vult de persoon die dit voor u doet hieronder zijn/haar gegevens in. Hij/zij ontvangt dan ook een kopie van de bevestiging.

Naam en voorletters   vrouw  man

Adres

Postcode  Woonplaats

Telefoonnummer  Mobiel

E-mail

Relatie tot aanmelder

**Hoe wilt u onze informatie ontvangen?**  per mail  per post

**6. GEGEVENS HUISARTS, APOTHEEK EN ZORGVERZEKERING (altijd invullen)**

Naam (huis)arts

Telefoonnummer

Naam zorgverzekering

Polisnummer

Naam apotheek

Telefoonnummer

E-mail

**7. GEGEVENS CONTACTPERSOON TIJDENS DE VAKANTIEWEEK (altijd invullen)**

Naam   vrouw  man

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer  Mobiel

Relatie tot aanmelder

**8. KAMER**

Mijn voorkeur gaat uit naar een:

Eenpersoonskamer

Tweepersoonskamer  Ik wil mijn kamer delen met

Ik laat aan Hetvakantiebureau.nl over met wie ik mijn kamer deel

**VAKANTIEFONDS**

Wilt u een beroep doen op het Vakantiefonds van PSDV (Hetvakantiebureau.nl)?

Vult u dan bijgesloten aanvraagformulier in. Voor meer informatie zie pagina 7 van de Vakantiegids.

**9. GEGEVENS REKENINGADRES (alleen invullen als u de rekening niet zelf betaalt)**

Naam   vrouw  man

Adres

Postcode en woonplaats

Telefoonnummer

**Hoe wilt u onze informatie ontvangen?**  per mail  per post

**10. GEGEVENS ALGEMENE LICHAMELIJKE GEZONDHEID**

Altijd invullen, ook als u zelfredzaam bent of vaker bij ons op vakantie bent geweest.

**Heeft u een dieet of voedingsvoorschrift?**

nee  ja, namelijk \_\_\_\_\_

**Heeft u problemen met zien?**

nee

ja, ik ben  slechtziend  zeer slechtziend  blind

Ik maak gebruik van  braille  zwartschrift

**Neemt u een hulphond mee op vakantie?**

nee  ja

**Heeft u problemen met horen?**

nee

ja, ik ben  slechthorend  zeer slechthorend  doof

**Heeft u problemen met het geheugen?**

nee  weinig  veel  dementie

Toelichting \_\_\_\_\_

**Heeft u een ziekte(geschiedenis) of beperking?**

(**ALTIJD INVULLEN**, ook wanneer u al vaker bij ons op vakantie bent geweest)

nee

ja, namelijk  CVA

afasie

diabetes  insuline  tabletten

epilepsie Afgelopen jaar toeval gehad?  nee  ja \_\_\_\_\_ (aantal)

hartziekte, namelijk \_\_\_\_\_

longziekte, namelijk \_\_\_\_\_

psychiatrische of psychische aandoening, namelijk \_\_\_\_\_

Parkinson

besmettelijke bacterie of virus  nee  ja, namelijk \_\_\_\_\_

verstandelijke beperking  licht  matig

overige, namelijk \_\_\_\_\_

**Heeft u een pacemaker?**  nee  ja

**Gebruikt u medicijnen?**

nee  ja, waaronder: bloedverdunners  nee  ja

insuline  nee  ja

Zo ja, graag uw medisch paspoort of apotheek overzicht meenemen.

**Kunt u uw medicijnen zelf beheren en innemen tijdens de vakantie week?**  nee  ja

**Bent u overgevoelig voor medicijnen of andere middelen?**
 nee  ja, namelijk 
**Gebruikt u thuis een alarmeringssysteem en wilt u dit in de vakantie ook?**
 nee  ja
**Wilt u gereanimeerd worden in levensbedreigende situaties?** (altijd invullen)
 nee, niet-reanimeren verklaring meenemen  ja
**11. ALGEMENE BIJZONDERHEDEN****Zijn er bijzonderheden, die van belang zijn tijdens de vakantie week?**
 nee  ja, namelijk 
**Wilt u met iemand anders aan dezelfde vakantie week deelnemen? Vult u dan hier de naam in:**


Bij voorkeur beide formulieren gelijktijdig insturen.

**12. VERZOEK VERZORGING/VERPLEGING/HULPMIDDELEN**

U dient ook Deel II zorgformulier in te vullen indien u hulp nodig heeft bij uw lichamelijke verzorging omdat u een lichamelijke-, visuele-, of verstandelijke beperking heeft of een psychische aandoening. Of als u beperkt mobiel bent, hulpmiddelen gebruikt of voorzieningen in de hotelkamer nodig heeft.

 nee, dat geldt niet voor mij. Ik ga door naar "ondertekening" op deze pagina

 ja, dat geldt voor mij. Ik vul ook Deel II Zorgformulier volledig in
**13. ONDERTEKENING** (altijd invullen)

Hierbij verklaar ik:

- dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld
- toestemming te geven om eventueel contact op te nemen met mijn huisarts, zorgcentrum, thuiszorg of contactpersoon voor of tijdens de vakantie week voor informatie over mijn gezondheid en afspraken over de zorgverlening
- (indien van toepassing) mijn zorgcentrum of contactpersoon thuiszorg te verzoeken om een overdracht op te stellen die ik zo spoedig mogelijk maar uiterlijk drie weken voor het begin van de vakantie week opstuur naar Hetvakantiebureau.nl
- dat ik me realiseer dat, indien ik de gegevens niet volledig of onjuist invul en mijn actuele medicijnen overzicht niet bij mij heb, Hetvakantiebureau.nl geen verantwoorde zorg kan leveren. Tevens kan Hetvakantiebureau.nl in onverwachte situaties dan geen juiste inschatting maken
- toestemming te geven bijzondere persoonsgegevens te gebruiken die nodig zijn om de wijze van zorgverlening, zoals deze in de thuis-/woonsituatie plaatsvindt, te continueren tijdens de vakantie week
- ik geef toestemming voor gebruik van beeldmateriaal waar ik op sta (gemaakt tijdens de vakantie weken) voor publicatiedoeleinden  ja  nee
- dat ik akkoord ga met de algemene voorwaarden (zie Vakantiegids, pagina 27).

Datum Handtekening Plaats **Als u zich voor het eerst aanmeldt, waar kent u ons dan van?**
 diaconie/kerk  beurs  vrienden/bekenden  advertentie  website  Alzheimer Nederland

 anders, namelijk 

**Niet volledig ingevulde/niet ondertekende formulieren kunnen wij niet in behandeling nemen en sturen wij retour.**

## DEEL II - ZORGFORMULIER

Indien u hulp nodig heeft bij uw lichamelijke verzorging omdat u een lichamelijke-, visuele-, of verstandelijke beperking heeft of een psychische aandoening, graag dit formulier samen met de zorgverlener invullen.

### 1. ALGEMENE GEGEVENS

Naam   vrouw  man  
Adres   
Geboortedatum

### 2. WOONSITUATIE

Woont u thuis?  nee  ja

Indien u thuis woont vindt de verzorging plaats door:  mantelzorgers  thuiszorgorganisatie

Naam thuiszorgorganisatie   
Adres   
Postcode  Woonplaats   
Eerstverantwoordelijke dhr/mw  Telnr.   
E-mail

Indien u in een zorgcentrum woont, in wat voor een zorgcentrum woont u:

verzorgingshuis  verpleeghuis  gezinsvervangend huis  kleinschalig wonen  
 PG-afdeling  woonvorm voor mensen met een verstandelijke beperking  psychiatrische instelling  
 anders, namelijk:

Naam zorgcentrum  Afdeling   
Adres zorgcentrum  Postcode   
Eerstverantwoordelijke dhr/mw  Telnr.   
E-mail

Maakt u voor uw lichamelijke of verpleegkundige zorg gebruik van het persoonsgebonden budget?

nee  ja

### 3. MOBILITEIT

Welke hulpmiddelen gebruikt u?

rollator  standaard rolstoel  elektrische rolstoel  scootmobiel

Welke hulpmiddelen neemt u mee naar uw vakantie week?

rollator  standaard rolstoel  elektrische rolstoel  scootmobiel

Heeft u een rolstoel op uw kamer nodig?  nee  ja

Welke afstand kunt u zelfstandig lopen? (eventueel met rollator)

niet  minder dan 10 meter  minder dan 500 meter  meer dan 500 meter

Heeft u voor langere afstanden een rolstoel nodig?  nee  ja

Zit u permanent in een rolstoel en is het noodzakelijk dat u in de bus in uw eigen rolstoel vervoerd wordt?

nee  ja

Kunt u zelfstandig, of met hulp, overstappen vanuit uw rolstoel en op een gewone stoel zitten?

nee  ja

#### 4. PERSOONLIJKE ZORGBEHOEFTEN

##### Heeft u hulp nodig bij uw persoonlijke verzorging in de ochtend?

(opstaan, wassen, douchen, aankleden, eventueel steunkousen)

- nee  
 ja, frequentie:  dagelijks  anders, namelijk  x per week

##### Als u hulp nodig heeft, hoe lang per keer?

- tot 15 min.  tot 30 min.  tot 45 min.  tot 60 min.  meer dan 60 min., namelijk  minuten

##### Heeft u hulp nodig bij uw lichamelijke verzorging bij het naar bed gaan?

- nee  
 ja, per keer:  tot 15 min.  tot 30 min.  tot 45 min.  
 tot 60 min.  meer dan 60 min., namelijk  minuten

##### Wordt u overdag door 1 of 2 personen tegelijk geholpen?

- 1 persoon  2 personen

##### Heeft u hulp nodig met aan/uittrekken steunkousen?

- nee  ja

##### Heeft u hulp nodig bij toiletgang?

- nee  ja

##### Heeft u hulp nodig bij het gebruik van incontinentiemateriaal?

- nee  ja

##### Heeft u hulp nodig tijdens de nacht?

- nee  ja, namelijk

##### Wordt u in de nacht door 1 of 2 personen tegelijk geholpen?

- 1 persoon  2 personen

##### Hoe is uw spreekvaardigheid?

- goed  matig  mogelijk met communicator of leesplank  niet mogelijk

Toelichting:

#### 5. VOEDING

##### Heeft u hulp nodig bij eten en/of drinken?

- nee  
 ja, bij:  opscheppen/snijden/smeren  volledige hulp bij eten  volledige hulp bij drinken

##### Heeft u problemen met slikken?

- nee  ja, namelijk

##### Gebruikt u sondevoeding?

- nee  
 ja  neussonde  PEG sonde  
 dag  nacht  24-uur  bolus

toelichting:

##### Gebruikt u een voedingspomp?

- nee  ja, type:

## 6. VERPLEEGKUNDIGE ZORG

### Welke hulp heeft u nodig bij uw medicijngebruik?

inhaleren  vernevelen  oogdruppelen/zalven  medicatiepleister

laxemiddelen, toelichting (middel, wijze toediening, tijdstip) \_\_\_\_\_

overig, namelijk \_\_\_\_\_

### Heeft u hulp nodig bij injecties of bloedsuikercontrole? nee ja

subcutaan  intramusculair  bloedsuikercontrole  anders, namelijk \_\_\_\_\_

Toelichting (middel, hoe vaak, tijdstip) \_\_\_\_\_

### Heeft u zorg nodig bij wondverzorging? nee ja, \_\_\_\_\_ keer op de volgende dagen en tijden:

Ongeveer \_\_\_\_\_ minuten per keer

• Waar bevindt de wond zich? \_\_\_\_\_

Toelichting wondverzorging: \_\_\_\_\_

• Wie verzorgt de wond in uw woonsituatie?

gespecialiseerde wondverpleegkundige  verpleegkundige met BIG  verzorgende IG

verzorgende niveau 3  anders, namelijk \_\_\_\_\_

### Heeft u hulp nodig bij het zwachtelen van de benen?

nee  ja  standaard  ACT  anders, toelichting \_\_\_\_\_

### Heeft u een stoma? nee ja, voor urine ja, voor ontlasting

• Heeft u hulp nodig bij de verzorging van de stoma?  nee  ja, \_\_\_\_\_ keer op de volgende tijden:

Ongeveer \_\_\_\_\_ minuten per keer

Toelichting bijzonderheden, medicatie, spoelen \_\_\_\_\_

## CATHETERISEREN

**Heeft u een blaascatheter?**  nee  ja, namelijk (soort):  verblijfscatheter  suprapubische catheter

• Heeft u hulp nodig bij de verzorging van de blaascatheter?  nee  ja

• Wordt u dagelijks gecatheteriseerd?  nee  ja, \_\_\_\_\_ keer op de volgende tijden: \_\_\_\_\_

• Heeft u hulp nodig bij het dagelijks catheteriseren?  nee  ja, namelijk \_\_\_\_\_

**Heeft u tijdens de vakantieweek blaasspoeling(en) nodig?**  nee  ja, \_\_\_\_\_ keer op de volgende dagen en tijden: \_\_\_\_\_

**Heeft u extra zuurstof nodig?\***  nee  ja,  cilinder  concentrator  CPAPP

• Heeft u hulp nodig bij de toediening van de zuurstof?  nee  ja, toelichting over systeem en toediening:

\* wanneer u zuurstof in de vakantieweek gebruikt, wordt u geacht dit zelf te regelen met uw leverancier.

**Heeft u zorg nodig die hier niet wordt vermeld? Of zijn er nog niet genoemde bijzonderheden in uw zorg?**

## 7. PSYCHISCHE GEZONDHEID

**Heeft u geheugenproblemen?**  nee  weinig  veel

**Heeft u psychiatrische problemen?**  nee  ja, namelijk

**Heeft u gedragsproblemen?**  nee  ja, namelijk

**Door mijn psychische gezondheid maak ik gebruik van de volgende zorg** (bv. bij dagbesteding, maaltijden, huishoudelijke hulp, etc of onder behandeling van)

## 8. HULPMIDDELEN

**Welke hulpmiddelen gebruikt u in uw thuissituatie en kunt u tijdens uw vakantie niet missen?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> hooglaagbed                                 | <input type="checkbox"/> bea  |
| <input type="checkbox"/> hoofdeinde verstelbaar                      | <input type="checkbox"/> toiletstoel  |
| <input type="checkbox"/> voeteneinde verstelbaar                     | <input type="checkbox"/> douchestoel  |
| <input type="checkbox"/> papegaai                                    | <input type="checkbox"/> douchekrukje   |
| <input type="checkbox"/> bedhekken                                   | <input type="checkbox"/> draaischijf  |
| <input type="checkbox"/> dekenboog                                   | <input type="checkbox"/> stalift, mijn gewicht is <input type="text"/> kilo       |
| <input type="checkbox"/> anti-decubitusmatras (s.v.p. zelf meenemen) | <input type="checkbox"/> passieve lift, mijn gewicht is <input type="text"/> kilo |
| <input type="checkbox"/> anders, namelijk                            |   |

## 9. BIJZONDERHEDEN

**Gegevens van de zorgverlener die het formulier voor u heeft ingevuld:**

Naam  Telefoonnummer

E-mail

**Heeft u het reserveringsformulier op pagina 4 ondertekend?**

**Hartelijk dank voor het invullen. U kunt het formulier opsturen naar:** **Hetvakantiebureau.nl**  
**Postbus 264**  
**3940 AG Doorn**

**Heeft u nog vragen met betrekking tot uw reservering? Belt u dan naar (0343) 74 58 90.**