



Medische gegevens in te vullen door de deelnemer
Aanmelding 3 oktober 2025 – 10 oktober 2026

- Verzoeken dit formulier volledig in te vullen, ook als u bij ons bekend bent.
- Niet volledig ingevulde formulieren worden niet in behandeling genomen.
- Door ondertekening van dit formulier verklaart u het formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld. U geeft daarmee ook toestemming dat uw medische gegevens worden gedeeld met de leden van het medisch team tijdens de vakantieweek. Uw medische gegevens krijgen de kwalificatie **vertrouwelijk**.

Naam deelnemer : **Geboortedatum** :
Naam zorgverzekeraar : **Polisnummer** :
(s.v.p. ZORGPAS meenemen)
Naam (huis)arts :
Telefoonnummer (huis)arts :
Naam apotheek :
Telefoonnummer apotheek :
E-mail apotheek :

Hoe is uw woonsituatie? (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- ☐ Zelfstandig ☐ Zelfstandig met behulp van thuiszorg
☐ Verzorgingshuis ☐ Verpleeghuis
☐ Anders, namelijk:
Als verzorgings- of verpleeghuis, hieronder nog aangeven:
☐ Naam van het huis:
☐ Telefoonnummer van de afdeling:
☐ Telefoonnummer contactpersoon:
.....

Gebruikt u hulpmiddelen? (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- | <u>Op bed / bij bed:</u> | <u>Bij voortbewegen:</u> | <u>Wat neemt u mee:</u> |
|--|--|--|
| ☐ Zuurstof | ☐ Electrische rolstoel | Electrische rolstoel ☐ |
| ☐ Optrekbeugel | ☐ Handbewogen rolstoel | Handbewogen rolstoel ☐ |
| ☐ Urinaal | ☐ Rollator | Rollator ☐ |
| ☐ Hoog/laag bed | ☐ Scootmobiel | Scootmobiel ☐ |
| ☐ Senioren bed | ☐ Wandelstok | Wandelstok ☐ |
| ☐ Anders, namelijk : | | |

Heeft u hulp nodig bij: (s.v.p. aankruisen wat van toepassing is)

- | | | |
|---------------------|-------|-----------------------|
| • Wassen? | O Nee | O ja, namelijk: |
| • Aankleden? | O Nee | O ja, namelijk: |
| • In en uit bed? | O Nee | O ja, namelijk: |
| • Eten en drinken? | O Nee | O ja, namelijk: |
| • Toiletgang? | O Nee | O ja, namelijk: |
| • Stoma verzorging? | O Nee | O ja, namelijk: |
| • Inname medicatie? | O Nee | O ja. Namelijk: |

Heeft u wonden of andere plekken die verzorgd moeten worden?

O Nee O Ja, namelijk:

(overdracht bijsluiten)

Bent u incontinent van:

- | | | |
|----------------------------------|-------|------|
| • Urine? | O Nee | O Ja |
| • Ontlasting? | O Nee | O Ja |
| • Heeft u een verblijfskatheter? | O Nee | O ja |

Graag zelf voldoende MATERIAAL meebrengen !

ONDERTEKENING:

Hierbij verklaar ik:

- Dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.
- Toestemming te geven om eventueel contact met mijn huisarts, zorgcentrum, thuiszorg of contactpersoon over mijn gezondheid en afspraken over de zorgverlening op te nemen, indien van toepassing.
- Mijn zorgcentrum of de contactpersoon thuiszorg te verzoeken om een overdracht op te stellen en deze mee te nemen naar Doorn.
- Dat ik mij realiseer dat, indien ik gegevens niet wilens of onjuist invul en mijn actuele medicatie overzicht niet bij mij heb, P.S.Z.V. geen verantwoorde zorg kan leveren. Ook kan P.S.Z.V. in onverwachte situaties dan geen juiste inschatting maken.
- Toestemming te geven bijzondere persoonsgegevens te gebruiken die nodig zijn om de wijze van zorgverlening zoals in de thuis/woonsituatie plaatsvindt te continueren tijdens de vakantieweek.

Naam :

Datum :

Handtekening :

Blad 2 van 2

Ik geef toestemming voor gebruik van beeldmateriaal waar ik op sta (gemaakt tijdens de vakantieweek) voor publicatie doeleinden. O ja O nee

Volledig ingevuld formulier sturen aan :

Ruth Smeding
Pinksterblomstraat 74
1636 XP Schermerhorn
pszvdoorn@gmail.com

In verband met de wet op de privacy wordt dit formulier na de vakantieweek vernietigd.