



**Medische gegevens in te vullen door de deelnemer**  
**Aanmelding 19 oktober 2024 – 26 oktober 2024**

- 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 tevens 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 : .....

Indien verzorgings- of verpleeghuis, hieronder nog aangeven:

Naam van het huis : .....

Telefoonnummer van de afdeling : .....

Telefoonnummer EVVer : .....

**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>	
<input type="checkbox"/> Zuurstof	<input type="checkbox"/> Electrische rolstoel	Electrische rolstoel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Optrekbeugel	<input type="checkbox"/> Handbewogen rolstoel	Handbewogen rolstoel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Urinaal	<input type="checkbox"/> Rollator	Rollator	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hoog/laag bed	<input type="checkbox"/> Scootmobiel	Scootmobiel	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Senioren bed	<input type="checkbox"/> Wandelstok	Wandelstok	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Anders, namelijk : .....			

Blad 1 van 2

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

• Wassen ?  Nee  ja, namelijk: .....

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aankleden ?                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja, namelijk: .....</li> <li>• In en uit bed ?                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja, namelijk: .....</li> <li>• Eten en drinken ?                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja, namelijk: .....</li> <li>• Toiletgang ?                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja, namelijk: .....</li> <li>• Stoma verzorging?                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja, namelijk: .....</li> <li>• Inname medicatie?                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja. Namelijk: .....</li> </ul>
<p><b>Heeft u wonden of andere plekken die verzorgd moeten worden ?</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="radio"/> Nee                      <input type="radio"/> Ja, namelijk: .....</p> <p><b>(overdracht bijsluiten)</b></p>
<p><b>Bent u incontinent van :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Urine ?                                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> Ja</li> <li>• Ontlasting ?                                      <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> Ja</li> <li>• Heeft u een verblijfskatheter?    <input type="radio"/> Nee    <input type="radio"/> ja</li> </ul> <p><b>Graag zelf voldoende MATERIAAL meebrengen !</b></p> <p><b>ONDERTEKENING :</b>  Hierbij verklaar ik dat;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dit formulier naar waarheid te hebben ingevuld.</li> <li>• 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.</li> <li>• Mijn zorgcentrum of de contactpersoon thuiszorg te verzoeken om een overdracht op te stellen en deze mee te nemen naar Doorn.</li> <li>• Dat ik mij realiseer dat, indien ik gegevens niet willens of onjuist invul en mijn actuele medicatie overzicht niet bij mij heb, P.S.Z.V. geen verantwoorde zorg kan leveren. Tevens kan P.S.Z.V. in onverwachte situaties dan geen juiste inschatting maken.</li> <li>• Toestemming te geven bijzondere persoonsgegevens te gebruiken die nodig zijn om de wijze van zorgverlening zoals in de thuis/woonsituatie plaats vindt te continueren tijdens de vakantie week.</li> </ul> <p>Naam                      : .....</p> <p>Datum                      : .....</p> <p>Handtekening : .....</p> <p style="text-align: right;">Blad 2 van 2</p>

**Ik geef toestemming voor gebruik van beeldmateriaal waar ik op sta (gemaakt tijdens de vakantie week) voor publicatie doeleinden.     ja     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 vakantie week vernietigd.**