

Krommekeerstraat 30  
8755 Wingene  
Tel : 0477/873924

Bank : BE 66 7360 6183 5443  
Ondernemingsnummer : 0731.910.926  
info@zorganta.be / www.zorganta.be

Gelieve deze persoonlijke fiche, de medicatiefiche, de medische fiche dokter, **een foto en een kopie van de identiteitskaart (voor- en achterkant)** terug te mailen naar info@zorganta.be of terug te sturen per post naar : VZW ZORGANTA, P/A ANKERSTRAAT 16 TE 9700 OUDENAARDE – EINE.

**Gelieve de datum van terugsturen CORRECT op te volgen aub.**

**Naam en voornaam :** \_\_\_\_\_

**Naam, adres en telefoon van de voorziening (of adres van thuis) :**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geslacht :** \_\_\_\_\_

**Geboortedatum :** \_\_\_\_\_ **Geboorteplaats :** \_\_\_\_\_

**Kaartnummer Identiteitskaart** (Staat op de voorkant) : \_\_\_\_\_

**Geldigheidsdatum van de identiteitskaart :** Van \_\_\_\_\_ tot \_\_\_\_\_

**Plaats van afgifte identiteitskaart** (Staat op de achterkant) : \_\_\_\_\_

**Rijksregisternummer** (Achterkant identiteitskaart) : \_\_\_\_\_

- Woonsituatie :**
- Ik woon thuis bij mijn ouders
  - Ik woon in een woonvoorziening
  - Ik woon begeleid zelfstandig
  - Ik woon volledig zelfstandig

- Werksituatie :**
- Ik ga naar een activiteitscentrum / dagbesteding
  - Ik werk in een sociale werkplaats
  - Ik werk niet
  - Ik werk

**Omschrijving van de leefsituatie / activiteiten in de voorziening of thuis :**

---

---

---

---

**Omschrijf zo volledig mogelijk wat de verstandelijke beperking is en wat deze beperking en de eventuele problemen die daarbij horen in het dagelijkse leven inhouden :**

---

---

---

---

**1. KARAKTER : (Omschrijving)**

---

---

---

---

**2. GEDRAG : (Omschrijving, meest voorkomende moeilijkheden)**

---

---

---

---

**Is er wel eens sprake van gedrag waaraan anderen zich storen :**

---

---

**3. ONGANG ALGEMEEN : (praten, lezen, goed verstaan, gebaren)**

---

---

#### 4. FYSISCHE EN MEDISCHE GESTELDHEID :

**Ik kan zonder hulp stappen/wandelen :** ja / neen

**Ik heb een hulpmiddel nodig voor lange afstand (wandelstok of zelfduwende rollator) :** ja / neen

\* Omschrijf : \_\_\_\_\_

(Personen die **permanent rolwagengebruiker zijn** / een **rolwagen** nodig hebben **voor lange afstand** of personen die **blind** zijn kunnen **niet deelnemen** aan onze vakanties)

**Ik kan trappen opstappen zonder hulp :** ja / neen

**Ik kan alle activiteiten fysisch meedoen :** ja / neen

**Ik ben slechtziend :** ja / neen

\* Ik draag een bril : ja / neen

\* Ik heb iemand nodig om me aan de arm te begeleiden bij het stappen: ja / neen

**Ik ben slechthorend / doof :** ja / neen

\* Ik draag een hoorapparaat : ja / neen

\* Ik kan het apparaat zelf aan- en afdoen : ja / neen

**Ik ben autistisch :** ja / neen

**Ik heb epilepsie (intensiteit, advies) :** ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

**Ik heb hartkwalen :** ja / neen

**Ik heb diabetes :** ja / neen

\* Indien ja, gebruik je insuline : ja / neen

(Indien je insuline gebruikt, dan moet je deze zelf kunnen toedienen. Wij zijn niet gemachtigd om dit te doen).

**Ik heb allergieën :** ja / neen

\* Indien ja, dewelke? \_\_\_\_\_

**Ik heb astma :** ja / neen

**Ik heb andere bijkomende beperkingen :** ja / neen

\* Omschrijf : \_\_\_\_\_

**Ik heb hoogtevrees :** ja / neen

**Ik ben zindelijk overdag en 's nachts :** ja / neen

**Ik heb last van incontinentie :** ja / neen

Indien ja, duid aan welke incontinentie :  urine  stoelgang

Ik gebruik pampierbroekjes :  overdag  's nachts

Ik heb hulp nodig bij een toiletbezoek : ja / neen

Menstruaties (Ik heb hulp nodig bij het verversen van een verband) : ja / neen

## 5. WASSEN EN AANKLEDEN :

Ik kan dit VOLLEDIG zelfstandig : ja / neen

Indien je dit NIET ZELFSTANDIG kunt, gelieve aan te duiden waarbij je hulp nodig hebt :

- Ik heb hulp nodig bij het scheren : ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

- Ik heb hulp nodig bij het tanden poetsen : ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

- Ik heb hulp nodig bij het wassen : ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

- Ik heb hulp nodig bij een bad/douche nemen : ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

- Ik heb hulp nodig bij het haar wassen : ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

- Ik heb hulp nodig bij het verversen van kledij : ja / neen

Omschrijf : \_\_\_\_\_

## 6. SLAPEN :

Nachtrust (Welk uur ga je slapen) : \_\_\_\_\_

Ik ga uit mezelf naar bed : ja / neen \_\_\_\_\_

Ik heb gedragsproblemen 's nachts : ja / neen \_\_\_\_\_

Indien ja, dewelke : \_\_\_\_\_

### Voor koppels of vriend(inn)en :

Indien koppels of vriend(inn)en de kamer willen delen, gelieve hieronder de naam van de kamergenoot op te schrijven samen met de handtekening van je verantwoordelijke :

(De kamergenoot dient hetzelfde te doen bij zijn/haar inschrijving)

Naam : \_\_\_\_\_ Handtekening : \_\_\_\_\_

## 7. ETEN :

Wat zijn je eetgewoonten : \_\_\_\_\_

Heb je hulp nodig bij het eten / vlees snijden : \_\_\_\_\_

Heb je een voedingsallergie : ja / neen

\* Indien ja, welke : \_\_\_\_\_

Mag je bepaalde voeding niet eten : \_\_\_\_\_

## 8. VRIJE TIJD :

Welke activiteiten doe je graag : \_\_\_\_\_

Kan je zwemmen : ja / neen

\* Zo ja, mag je ALLEEN zwemmen : ja / neen

Ben je bang van dieren : ja / neen

\* Hoe reageer je op dieren : \_\_\_\_\_

Rook je : Ja / Neen

Zo ja, hoeveel per dag/week : \_\_\_\_\_

Mag je alcohol drinken : Ja / Neen

Zo ja, hoeveel per dag/week : \_\_\_\_\_

**(Indien GEEN alcohol gebruikt mag worden in combinatie met medicatie, gelieve dit duidelijk door te geven)**

## 9. MEDICATIE :

### AANDACHT !!

Bij vakanties in het buitenland willen we voor volgende punten jullie aandacht vragen :

- \* We willen erop wijzen dat personen die **diabetespatiënt** zijn steeds **voldoende medicatie of insuline** dienen mee te nemen op vakantie. Het is zeer belangrijk dat er ook steeds een **kopie van de bijsluiter** van de medicatie of inspuitingen meegegeven wordt. Zo weten wij exact wat de bestanddelen zijn van het medicament dat ingenomen of ingespoten wordt.
- \* Voor personen die diabetespatiënt zijn en insuline spuiten : Gelieve een duidelijke beschrijving mee te geven met de **instructies die stap per stap te volgen** zijn bij de toediening van de insuline.
- \* Voor personen die medicatie nemen tegen **epilepsie aanvallen** is het ook belangrijk van steeds voldoende medicatie mee te nemen op vakantie zodat wij zeker zijn in geval van een aanval. Ook is het bij deze personen aan te raden dat een **kopie van de bijsluiter** van de medicatie meegegeven wordt op vakantie.

Gebruik je medicatie : Ja / Neen

Word je medicatie door de begeleiding bijgehouden en gegeven : Ja / Neen

Zo neen, hou je je medicatie zelf bij en neem je die zelf in : Ja / Neen

(Indien ja, dan draagt Zorganta geen enkele verantwoordelijkheid bij een verkeerde inname)

Zijn er geneesmiddelen die je niet verdraagt : \_\_\_\_\_

Neem je anticonceptie (vrouwen) : Ja / Neen \_\_\_\_\_

Wat is je bloedgroep : \_\_\_\_\_

Wanneer kreeg je de laatste inenting voor tetanus (datum) : \_\_\_\_\_

**10. ZAKGELD :**

De begeleiding houdt voor elke deelnemer het zakgeld bij en een zakgeldfiche waarop alles genoteerd wordt. Zo blijven alle uitgaven overzichtelijk voor iedereen.

De zakgeldfiche wordt bij terugkomst onder gesloten enveloppe samen met het restbedrag van het zakgeld overhandigd aan de ouders/familie of de begeleiding van de voorziening bij afhaling aan de afstapplaats.

Deelnemers die absoluut hun zakgeld zelf willen beheren geven enkel het geld voor de uitstappen af aan de hoofdverantwoordelijke. Voor deze personen wordt geen zakgeldfiche bijgehouden.

**11. MUTUALITEIT :** (Naam, adres en aansluitingsnummer van je mutualiteit of kleeftbriefje aanbrengen)

---

---

**12. NOODNUMMER** waarop dag en nacht iemand te bereiken is tijdens de vakanties :

---

**13. TE VERWITTIGEN PERSOON IN DE VOORZIENING :** (Naam, telefoonnummer + binnenpost)

---

---

**14. TE VERWITTIGEN PERSOON VAN DE OUDERS OF NAASTE FAMILIE :** (Naam, telefoonnummer)

---

---

**15. BIJKOMENDE GEGEVENS WAARVAN WIJ OP DE HOOGTE MOETEN ZIJN :**

---

---

**Volledig naar waarheid ingevuld (naam, handtekening en datum invullen aub)**

Naam :

Handtekening :

Datum :

Door ondertekening van deze fiche ga je akkoord dat de medicatie mag toegediend worden door de begeleiding van Zorganta aan de persoon van deze fiche tijdens de vakanties (o.t.v. de hoofdverantwoordelijke)