

Krommekeerstraat 30
8755 Ruiselede
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 + 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

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. OMGANG 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, rollator) : ja / neen

* Omschrijf : _____

* (Personen die zich verplaatsen met **een duwrolwagen** kunnen **niet deelnemen** aan onze vakanties)

Ik kan trappen opstappen zonder hulp : ja / neen _____

Ik kan alle activiteiten fysisch meedoen : ja / neen

Ik heb bijkomende beperkingen : ja / neen _____

Ik ben slechtzind /blind : ja / neen _____

Ik ben slechthorend / doof : ja / neen _____

* Ik draag een hoorapparaat : ja / neen

Ik ben autistisch : ja / neen _____

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

Ik heb hartkwalen : ja / neen _____

Ik heb diabetes : ja / neen _____

* Ik gebruik insuline : ja / neen

* Ik dien de insuline zelf toe : ja / neen (Indien nee, aandacht voor punt 9)

Ik heb allergieën : ja / neen

* Indien ja, dewelke? _____

Ik heb astma : ja / neen

Andere : _____

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

Ik heb last van incontinentie : urine stoelgang

* Ik gebruik pampersbroekjes : 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

Ik heb hoogtevrees : ja /neen

5. WASSEN EN AANKLEDEN :

Ik kan dit volledig zelfstandig : ja / neen

Indien je dit niet zelfstandig kunt, waar heb je hulp bij nodig :

- **Scheren** : ja / neen

- **Wassen** : ja / neen

- **Bad/douche nemen** : ja / neen

- **Haar wassen** : ja / neen

- **Verversen van kledij** : ja / neen

6. SLAPEN :

Nachtrust (Welk uur ga je slapen) : _____

Ik ga uit mezelf naar bed : ja / neen _____

Ik heb gedragsproblemen 's nachts : ja / neen _____

Voor koppels of vriend(inn)en :

Indien koppels of vriend(inn)en de kamer willen delen, gelieve 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 :

Mag je bepaalde voeding niet eten : _____

Heb je een voedingsallergie : ja / neen

* Indien ja, welke : _____

Wat zijn je eetgewoonten : _____

Heb je hulp nodig bij het eten : _____

8. VRIJE TIJD :

Welke activiteiten doe je graag : _____

Kan je zwemmen : ja / neen

* Mag je alleen zwemmen of met begeleiding : _____

Hoe reageer je op dieren : _____

Rook je : Ja / Neen

Zo ja, hoeveel per dag : _____

Mag je alcohol drinken : Ja / Neen

Zo ja, hoeveelheid : _____

(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 zodat wij perfect weten wat de bestanddelen zijn van het medicament dat ingenomen of ingespoten dient te worden. Gelieve een duidelijke beschrijving mee te geven met de **instructies die stap per stap te volgen** zijn bij de toediening van de insuline.
- * Bij 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

(Gelieve bijgaande medicatiefiche VOLLEDIG in te vullen, ook al neem je geen medicatie)

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

(Zo ja, kan er Zorganta geen enkele verantwoordelijkheid ten laste gelegd worden 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 :

Beheer je zelf je zakgeld : Ja / Neen

Zo ja, kan je dit per dag of voor de gehele periode : _____

(Indien je zelf je zakgeld beheert, dient het bedrag voor de uitstappen apart afgegeven te worden aan de verantwoordelijke van Zorganta. Het overige zakgeld voor souvenirs, kaartjes, dranken, enz... kan je zelf bijhouden. Zorganta is niet verantwoordelijk bij het verlies ervan).

11. MUTUALITEIT : (Naam, adres en aansluitingsnummer van je mutualiteit) :

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

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

BIJKOMENDE GEGEVENS WAARVAN WIJ OP DE HOOGTE MOETEN ZIJN :

(Door ondertekening van deze fiche ga je akkoord dat de medicatie mag toegediend worden tijdens de vakantie door de begeleiding, onder toezicht van de hoofdverantwoordelijke van Zorganta vzw)

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

Naam :

Handtekening :

Datum :