

NATIONALE BELGISCHE BEDEVAART

ZORGDOSIER :

Naam:
 (of kleefvignet ziekenfonds)
 Geboortedatum:

Volledig in te vullen door de behandelende arts / huisarts / verzorgende.

Dieet (regime) te volgen tijdens het verblijf te Lourdes (verplicht invullen aub.) **Bereidingswijze maaltijden. (verplicht invullen aub.)**

	Normaal menu
Suikervrij / Calorie-arm	Gesneden
Vetarm	Gemalen (type gehakt vlees)
Zoutarm	Gemixt (type puree)
Ander:.....	Ander:

Slikstoornissen: Neen Ja Zo ja, voeding indikken: Neen Ja

Vraagt hulp voor: **Opmerkingen:**

Eten: Neen gedeeltelijk volledig

Kleden: een gedeeltelijk volledig

Dagelijks toilet: Neen gedeeltelijk volledig

Toiletbezoek: Neen gedeeltelijk volledig

.....

Lengte: **Gewicht:**

Kan de betrokken persoon stappen:

ja, zonder hulp, afstand:meter

ja, mits hulp, afstand:meter

neen, volledig afhankelijk bij verplaatsen:

Eigen meegebrachte hulpmiddelen:

Krukken Looprekje (rollator)

Rolstoel: volledig plooibaar

aangepaste rolstoel, niet plooibaar

elektrische rolstoel (enkel na akkoord secretariaat bedevaart)

Andere:

Nota: U kan te Lourdes een gewone rolstoel huren: borgsom 30€.

Uw persoonlijke begeleider in Lourdes?: Naam: **Hotel:**

Vervoer: **Autocar:** normale zitplaats in eigen rolstoel liggend (aantal plaatsen is beperkt)

Opmerkingen:

Speciale zorgen bij incontinentie:

<input type="radio"/> bescherming:	<input type="radio"/> overdag	<input type="radio"/> nacht
<input type="radio"/> pampers:	<input type="radio"/> overdag	<input type="radio"/> nacht
<input type="radio"/> bedpan / urinaal:	<input type="radio"/> overdag	<input type="radio"/> nacht
<input type="radio"/> blaassonde	<input type="radio"/> stoma:	
<input type="radio"/>		

Mentale status:

probleemloos desoriëntatie in tijd en / of in ruimte

verward vluchtgedrag agressief gedrag

.....

Verpleegkundige zorgen: insputingen, verbanden, andere zorgen:

.....

.....

In geval van nood, contactpersoon te bereiken tijdens de bedevaart : Naam:

Nummer bereikbaar in geval van nood !!!!! Telefoon / GSM:

Opmerkingen – Vragen :

.....

.....

.....

Zorgverlenende of geneesheer :

Naam: Telefoon en/of GSM:

E-mail:

Datum: Handtekening: