| 1. Verantwoording Alle velden hieronder invullen! |
| --- |
| De informatie in dit formulier gebruikt SSO voor een juiste groepsindeling en om zoveel mogelijk rekening te houden met de persoonlijke wensen en bijzonderheden tijdens de wintersportreis. De reisleider ontvangt dit originele formulier en geeft dat bij aanvang van de reis aan jouw begeleider. Je begeleider geeft, nadat hij het formulier heeft gelezen en evt. gedurende de reisweek in bewaring gehouden, het formulier aan jou, of degene die jou af komt halen, terug. De begeleider bewaart gedurende deze week evt. ook **het pasje van de zorgverzekering** als je dit niet zelf wilt/kunt doen.Dit formulier is persoonlijk en vertrouwelijk. Door ondertekening van dit formulier geef je aan hiermee akkoord te gaan. **Het is van belang dat je het formulier volledig en juist invult.** **Om de begeleiding zo goed mogelijk te kunnen laten verlopen, is het in je eigen belang en in dat van de begeleider dat precies wordt aangegeven waaruit de begeleiding moet bestaan. We gaan ervan uit dat, wat je thuis zelf kan, dat ook kan tijdens de reis. Geef duidelijk aan waarbij hulp nodig is zodat daar geen misverstanden over kunnen ontstaan!!** Gebruik zo nodig een extra blad, wanneer je extra ruimte nodig hebt. Omdat dit formulier voor deelnemers met een lichamelijke, verstandelijke en/of zintuiglijke beperking is, zijn sommige vragen wellicht niet van toepassing voor jou. |

| 2. Persoonlijke gegevens |
| --- |
| *Ik heb mij opgegeven voor reis*  |  [ ]  Danny [ ]  Bert [ ]  René / Arend |
| *Voornaam* |  |
| *Voorletters* |  |
| *Achternaam* |  |
| *Geboortedatum* |  |
| *Geslacht* | [ ]  man [ ]  vrouw |
| *Adres* |  |
| *Postcode + woonplaats* |  |
| *Telefoon woonadres* | vast: mobiel: 06- |
| *Naam contactpersoon* |  |
| *Telefoonnummer contactpersoon* | vast: mobiel: 06-  |

|  |
| --- |
| 3. BEPERKING |
| *Wat is je beperking* | [ ] verstandelijk [ ] lichamelijk[ ] zintuiglijk [ ] meervoudig |
| *Ruimte voor toelichting* |  |

| 4. medische diagnose |
| --- |
| *Wat is je ziekte/aandoening*  |   |
| *Wie is je huisarts:* | naam:telefoonnummer: |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Beperkingen en problemen |  |
| *Wat is je lichamelijke beperking/ mobiliteit/zelfredzaamheid* | [ ] Niet kunnen lopen/rolstoelafhankelijk[ ] Wel kunnen lopen, maar met hulp [ ] Spasticiteit[ ] Onduidelijk/niet kunnen sprekenVerminderd/niet kunnen gebruiken van:[ ] arm [ ] armen [ ] been [ ] benen[ ] anders, nl.: |
| ***Heb je problemen met:*** |
| *Zelfstandig lopen* | [ ] ja [ ] nee [ ] soms |
| *Traplopen* | [ ] ja [ ] nee [ ] soms |
| *Anders, n.l.* |  |
| *Toelichting* |  |
| *Moet je rollator mee* | [ ] ja [ ] nee  |
| *Moet je rolstoel mee* | [ ] ja [ ] nee |
| *Is deze rolstoel elektrisch* | [ ] ja [ ] nee (i.v.m. de ruimte in de bus van belang) |

| 6. Dagelijkse zorg (ADL) |
| --- |
| ***Heb je hulp/controle nodig bij:*** |
| *a) wassen/douchen* | [ ] ja [ ] nee |
| *b) aan-/uitkleden* | [ ] ja [ ] nee |
| *c) toiletgang* | [ ] ja [ ] nee |
| *d) eten/drinken*  | [ ] ja [ ] nee |
| *e) geld uitgeven* | [ ] ja [ ] nee |
| *f) onthouden* | [ ] ja [ ] nee |
| *g) medicijngebruik* | [ ] ja [ ] nee |
| *Toelichting:* |  |
| *Is het bezwaarlijk een kamer met iemand te delen* | [ ] ja [ ] nee*Bij ja en indien voorradig, kan een toeslag voor de* *eenpersoonskamer in rekening worden gebracht.* |
| *Indien ja, wat is de reden daarvan* |  |
| *Verdere belangrijke bijzonderheden/ ziektes/beperkingen waarmee rekening gehouden moet worden*  |  |

| 7. Doof-/slechthorendheid |
| --- |
| *Ben je doof of slechthorend* | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 8. |
| *Zo ja, hoe wil je benaderd worden* |  |
| *Indien een hoortoestel niet helpt, kan je liplezen/spraakzien* | [ ] ja [ ] nee |

| **8. Blind/slechtziend** |
| --- |
| *Ben je blind of slechtziend* | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 9. |
| *Zo ja, hoe kunnen we je het best begeleiden* |  |

| 9. Anderszins |
| --- |
| *Zijn er andere lichamelijke beperkingen die van belang zij in verband met de wintersport* | [ ] ja [ ] nee. |
| *Zo ja, welke* |  |
| *Geef aan wat beslist niet kan,* *of moeilijk kan* |  |
| *Geef aan welke begeleiding je nodig* *hebt tijdens deze week* |  |

| 10. Gedrag/vaste gewoonten |
| --- |
| *Is er sprake van gedrag of gewoonten die de begeleider en reisleider moeten weten voor de omgang of wat vervelend kan zijn voor andere mensen* | [ ] ja [ ] nee |
| *Zo ja, waaruit bestaat dit en wat is de beste hulp/benadering* |  |
| *Kunnen zich omstandigheden voordoen waarbij je extra aandacht nodig hebt (bijv. heimwee, plagen, wennen aan leiding enz.)* | [ ] ja [ ] nee |
| *Zo ja, waarbij en hoe wil je dat we daarmee omgaan* |  |
| *Is alcoholgebruik toegestaan?* *Zo ja, hoeveel? ,*  | [ ] nee [ ] ja, hoeveelheid: |

| 11. Tetanus |
| --- |
| *Ben je tegen tetanus gevaccineerd*  | [ ] ja [ ] nee |
| *Zo ja, wanneer voor het laatst* |  |

| 12. Hartafwijking |
| --- |
| *Heb je een hartafwijking* | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 13. |
| *Zo ja, welke:**Levert deze afwijking een beperking op voor de wintersport* |   [ ] ja [ ] nee  |
| *Zo ja, hoe is dit merkbaar* |  |
| *Zo ja, hoe wat is de beste reactie als die verschijnselen optreden*  |  |

| 13. Allergieën |
| --- |
| *Ben je ergens allergisch voor* | [ ] ja [ ] nee |
| *Zo ja, waarvoor* |  |

| 14. Ademhalingsproblemen |
| --- |
| *Heb je astma* | [ ] ja [ ] nee |
| *Heb je CARA* | [ ] ja [ ] nee |
| *Gebruik je inhalatiemedicijnen?* | [ ] nee [ ] ja, welke:  |

| 15. Suikerziekte |
| --- |
| *Heb je suikerziekte*  | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 16. |
| *Hoe zijn de eerste verschijnselen van* *een hypo of een hyper merkbaar* |  |
| *Zijn er speciale maatregelen nodig rondom het sporten tijdens de reis (bijv. het eten van iets zoets)* |  |

| 16. Dieet |
| --- |
| *Heb je een dieet* | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 17. |
| *Waaruit bestaat dit dieet**(o.a. van belang voor menu in hotel)* |  |

| 17. Epilepsie/Toevallen |
| --- |
| *Heb je last van epilepsie/toevallen* | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 18. |
| *Zo ja, hoe vaak en hoe verlopen de aanvallen*  |  |
| *Moet je bepaalde gebeurtenissen vermijden* | [ ] ja [ ] nee |
| *Zo ja, welke* |  |
| *Voel je een aanval aankomen* | [ ] ja [ ] nee |
| *Zo ja, hoe* |  |
| *Wat is de beste benadering tijdens en vooral ná een aanval* |  |

| 18. Medicijngebruik: altijd bijsluiter(s)/kopie daarvan meesturen! |
| --- |
| *Gebruik je medicijnen*  | [ ] ja [ ] nee, ga door naar 19 |
| Zo ja, geef dan hieronder de naam en de dosering van de medicijnen op, en waarvoor ze dienen **(voeg ook een kopie van het recept/bijsluiter toe en gebruik eventueel een extra blad voor meer info)** |
| **naam medicijn** | **dosering** | **waarvoor** |
| 1. |  |  |
| 2. |  |  |
| 3. |  |  |
| 4. |  |  |
| 5. |  |  |
| *Ben je in staat zelfstandig en op tijd medicijnen in te nemen*(neem zo nodig een verdeeldoos mee) | [ ] ja [ ] nee |
| 🡪 **Vraag bij de apotheek om een medicijnpaspoort** (gratis verkrijgbaar) 🡨 |

| 19. Zijn er beperkingen in sociale vaardigheden en/of is er informatie op sociaal emotioneel gebied die begeleiders moeten weten voor een  goede benadering en aanpak |
| --- |
|  |

| 20. Ondertekening |
| --- |
| Indien er van de zijde van SSO nog vragen of onduidelijkheden zijn dan kan één van de (para)medici, die deel uitmaken van de toetsingsgroep, contact met je opnemen. Door ondertekening van dit formulier verleen je tevens aan een begeleidend (para)medicus toestemming om zo nodig medische informatie op te vragen aan je huisarts. |
| Dit formulier is volledig en naar waarheid ingevuld |
| Plaats |  |
| Datum |  |
| Handtekening deelnemer | Handtekening ouder/begeleider (in geval van deelnemers met een verstandelijke beperking) |

**🡪 na ondertekening opsturen naar: Aanmelding SSO - reis 2025, t.a.v. Patricia Kooren,**

 **De Handboog 32, 6921 TJ Duiven**