

INSCHRIJVINGSFORMULIER

Identificatiegegevens van de persoon die de vakantie boekt	
Naam: ..... Voornaam: .....	
Straat: ..... Nummer: ..... Bus: .....	
Postcode:.....Gemeente: .....Telefoon:.....	
GSM:.....E-mail:.....	
Te verwittigen in geval van nood: .....	
Gegevens van alle vakantiegangers	
Kleefvignet Mutualiteit vakantieganger 1	Kleefvignet Mutualiteit vakantieganger 2
Verblijfsformule	
<input type="checkbox"/> éénpersoonskamer	<input type="checkbox"/> Enkel ontbijt
<input type="checkbox"/> tweepersoonskamer	<input type="checkbox"/> Halfpension
	<input type="checkbox"/> Volpension
<i>Een tweepersoonskamer wordt toegekend aan personen die samen inschrijven. Alleenstaanden dienen verplicht een éénpersoonskamer te boeken.</i>	
<b>Voorkeur kamer*:</b>	
<i>*Hiermee wordt rekening gehouden in de mate van beschikbaarheid.</i>	
Verblijfsperiodes	
U wenst een vakantieverblijf te boeken van :	
1) ..... tot .....	3) ..... tot .....
2) ..... tot .....	4) ..... tot .....
<i>Indien de door U opgegeven vakantieperiode volzet zou zijn, zal onze Dienst Individuele Vakanties U zo snel mogelijk contacteren.</i>	

Gelieve dit formulier samen met de medische gegevens duidelijk ingevuld en ondertekend zo snel mogelijk terug te sturen naar Ter Duinen. Onze dienst Individuele Vakanties zal dan uw aanvraag verder behandelen. U kunt de dienst contacteren voor bijkomende informatie op het telefoonnummer 058.22.33.24 (9u00 en 12u30 & 13u30 en 16u00) of [vakantie@terduinen.be](mailto:vakantie@terduinen.be) .

**Hoe heeft u ons gevonden?**

Via zoekmachine    Website    Brochure    CM-Kantoor    Andere, nl.:.....

# MEDISCHE GEGEVENS

Dit formulier dient samen met het inschrijvingsformulier zo snel mogelijk worden teruggestuurd naar Ter Duinen, Dienst Individuele Vakanties. De informatie erin vervat valt onder het beroepsgeheim en zal als zodanig worden behandeld. **Dit formulier mag u zelf invullen.**

<b>Algemene Inlichtingen</b>
Naam vakantieganger: .....
<b>Medische inlichtingen</b>
Beknopte diagnose:..... .....
Mobiliteit: mobiel / altijd rolwagen / enkel rolwagen voor lange afstanden
Neemt uw patiënt zelfstandig zijn/haar medicatie in ? Ja / Neen Indien neen, welke medicatie (aard/dosis/frequentie): .....
Heeft uw patiënt nood aan kiné ? Ja / Neen ( <b>Indien ja, gelieve <u>steeds</u> een origineel doktersvoorschrift met recente voorschrijfdatum (&lt; 2 maand) mee te brengen - geen geldig voorschrift = geen kiné</b> ) Indien ja, omschrijf:.....
Moet uw patiënt een dieet volgen? Ja / Neen Indien ja, welk dieet:.....
Kan uw patiënt zelf instaan voor zijn dagelijkse verzorging ? Ja / Neen Indien neen, zullen deze zorgen verstrekt worden door uw begeleiding? Ja / Neen Omschrijving van de zorgen vb. wassen, wondzorg, steunkousen,... ( <b>er dient steeds een geldig doktersvoorschrift meegebracht te worden indien u zorgen nodig heeft</b> ): ..... ..... Naam en nummer thuisverpleging:.....
<b>Voorzorgsmaatregelen</b>
Zijn er gekende allergieën? .....
Indien uw patiënt lijdt aan epilepsie, welk is de gemiddelde frequentie van de aanvallen in de laatste drie maanden? .....
Is uw patiënt incontinent (overdag en/of 's nachts) ? .....
Is er nog informatie die U wenst mee te delen? .....
Naam & telefoonnummer huisarts: .....

Ondergetekende verklaart kennis genomen te hebben van de algemene voorwaarden en gaat daarmee akkoord.

Handtekening voor akkoord .....

Datum:.....