

Ter Duinen - Service Vacances Individuelles
INSCRIPTION POUR VACANCES INDIVIDUELLES

Données du vacancier 1	
Nom:	Prénom:
Rue:	Numéro: Boîte:
Code postal:	Commune: Téléphone:
E-mail :.....	
Numéro de registre national:..... Nom de la mutualité:.....	
A contacter en cas d'urgence: Téléphone:	
Données du vacancier 2	
Nom:	Prénom:
Rue:	Numéro: Boîte:
Code postal:	Commune: Téléphone:
E-mail :.....	
Numéro de registre national:..... Nom de la mutualité:.....	
A contacter en cas d'urgence: Téléphone:	
Formule de séjour	
☐ Chambre particulière	☐ Petit-déjeuner
☐ Chambre double	☐ Demi-pension, veuillez faire votre choix ci-dessous:
	O Petit-déjeuner & repas chaud à midi
	O Petit-déjeuner & buffet de pain le soir
	☐ Pension complète
<i>Une chambre à deux lits est réservée pour des personnes qui s'inscrivent ensemble.</i>	
<i>Des vacanciers individuels doivent obligatoirement loger dans une chambre particulière.</i>	
Chambre préférée (Sous réserve de disponibilité):	
Période de vacances	
Vous désirez réserver des vacances du	
1) jusqu'au	2).....jusqu'au.....
<i>Si la période de vos vacances serait complète, notre Service Vacances Individuelles vous contactera le plus vite possible pour vous proposer une autre période.</i>	

Veillez envoyer ce formulaire et les données médicales, remplis et signé, dans les meilleurs délais à Ter Duinen. Notre service Vacances Individuelles fera le nécessaire pour traiter votre demande. Pour des renseignements supplémentaires, contactez notre Service Vacances Individuelles 058.22.33.24 (09h00 et 12h30 & 13h30 et 16h00) of vakantie@terduinen.be .

Comment avez-vous entendu parler de nous?

- ☐ Via moteur de recherche
- ☐ Site web
- ☐ Brochure
- ☐ Bureau CM
- ☐ Autre, à savoir:

DONNÉES MÉDICALES

L'information ressort du secret professionnel et sera traité comme tel. **Vous pouvez remplir ce formulaire vous-même.**

Veillez indiquer ici le nom du vacancier nécessitant des soins. Si 2 personnes sont concernées, 2 formulaires sont nécessaires.
Nom du vacancier:
Informations médicales
Bref diagnostic:
Mobilité: O Mobile – O Toujours en fauteuil roulant – O Fauteuil roulant uniquement pour les longues distances – O Rollateur
Votre patient prend-il lui-même ses médicaments? O Oui - O Non Si non, quels médicaments doivent être administrés (nature, dose et fréquence du médicament):
Votre patient a-t-il besoin de kinésithérapie? O Oui - O Non (Si oui, une prescription médicale original du docteur est obligatoire avec une date récente, moins de 2 mois - pas d'atteste = pas de kiné) Si oui, quel traitement et à quelle fréquence?
Votre patient doit-il suivre un régime? O Oui - O Non Si oui, lequel:
J'ai besoin des aides techniques suivantes à mon arrivée à Ter Duinen: O Rollateur – O Fauteuil roulant – O Chaise percée - O Rehausseur de toilettes – O Lève-personne (actif/passif) - O Autre, à savoir:
Votre patient peut-il assumer seul ses soins quotidiens? O Oui - O Non Si non, qui assurera ces soins? O Accompagnant – O Soins infirmiers à domicile, à demander par Ter Duinen Description des soins, p. ex. toilette du matin, toilette du soir, soins des plaies, mise en place/retrait des bas de contention, ... (Si vous avez besoin de soins nous avons besoin une attestation du docteur): Matin: Soir: Nom et numéro de votre infirmière à domicile:
Autres informations utiles
Votre patient souffre-t-il d'allergies connues?
Si votre patient est epileptique, indiquez la fréquence du nombre de crises les trois derniers mois?
Votre patient est-il incontinent (le jour et/ou la nuit)?
Souhaitez-vous ajouter d'autres renseignements?
Médecin traitant & numéro téléphone:

Le/la soussigné(e) déclare avoir pris connaissance des conditions générales et les accepte.

Date et signature: