



JC van Markenlaan 3 2285 VL Rijswijk
Postbus 1812 2280 DV Rijswijk
buro@stichting-siv.nl
tel. 085-4881144

Dit formulier wordt ingevuld door de (verpleeg)huisarts van de deelnemer aan de
vakantieweek van Stichting SIV.

1. GEGEVENS DEELNEMER (In te vullen door degene die op vakantie gaat)

Form fields for personal data: Dhr/Mw, Initialen, Voorvoegsel, Achternaam, Straat, Huisnummer, Postcode, Plaats, Telefoonnummer, Geboortedatum.

Ik geef Stichting SIV toestemming de verstrekte gegevens omtrent mijn gezondheid en
benodigde lichamelijke zorg te verwerken voor het hieronder aangegeven doel (kruis het
vakje aan voor akkoord).

Form fields for signature and date: Datum, Handtekening.

De persoonsgegevens via dit formulier verstrekt worden door Stichting SIV enkel gebruikt voor
het doel waartoe deze zijn verstrekt: om u tijdens de vakantieweek en tijdens eventuele
calamiteiten de benodigde zorg te kunnen bieden.

2. MEDISCHE GEGEVENS (In te vullen door (verpleeg)huisarts van de deelnemer)

Van bovengenoemde persoon ontvingen wij een aanvraag voor deelname aan een
vakantieweek voor gasten met een lichamelijke beperking. Tijdens deze week wordt zorg
verleend door vrijwilligers, onder toezicht van één of meerdere verpleegkundigen.

Om een verantwoorde begeleiding te kunnen geven en om contact te kunnen opnemen in het
geval dit nodig is, vragen wij u een aantal gegevens in te vullen. Wilt u onderstaande vragen
beantwoorden en de door u verstrekte gegevens aan de bringer meegeven of opsturen naar:
Stichting SIV, t.a.v Medische staf, Antwoordnummer 2210, 2506 WB Den Haag

1. Acht u bovengenoemde patiënt(e) in staat tot deelname aan een
groepsvakantieweek? ja nee

- 2. Diagnose 1)
2)
3)
4)
5)

3. Zijn er bijkomende handicaps zoals:

Spraakstoornis	ja	enig	nee
Slikstoornis	ja	enig	nee
Slechthorendheid	ja	enig	nee
Slechtziendheid	ja	enig	nee
Desoriëntatie	ja	enig	nee

Evenwichtsstoornis	ja	nee
Geheugenstoornis	ja	nee
Epilepsie	ja	nee
Decubitus	ja	nee
CAD	ja	nee

4. Heeft de genoemde patiënt ten tijde van de vakantieweek een volledige vaccinatie tegen COVID-19 ontvangen?

ja	nee
ja	nee

5. Is er een dieet voorgeschreven?

Zo ja, welk?

ja	nee
----	-----

6. Bestaat er een allergie voor bepaalde geneesmiddelen?

Zo ja, voor welke?

7. Is vervoer per personenauto mogelijk?  
 (evt. met medenemen van opvouwbaar rolstoel)

ja	nee
ja	nee

Is vervoer per rolstoelbus noodzakelijk?

8. Overige opmerkingen

Naam van de arts:	
Adres:	
Telefoonnummer:	
Datum:	Handtekening: