

Reserveringsformulier

Elke reiziger dient een eigen reserveringsformulier in te vullen. U kunt een extra formulier kopiëren, downloaden via www.jesreizen.nl of opvragen via info@frisian-travel.nl of tel. 0515 57 53 94

1. Graag maak ik de volgende reservering

1-persoonskamer 2-persoonskamer

Ik reis samen met

Ik wil de kamer met hem/haar delen ja nee

	Bestemming	Vertrekdatum
Keuze 1	- -
Keuze 2	- -
Keuze 3 (extra)	- -

2. Persoonlijke gegevens

Aanhef meneer mevrouw

1^e Voornaam volgens paspoort Roepnaam

Achternaam volgens paspoort

Geboortedatum - -

Adres

Postcode en woonplaats

Zorgverzekeraar

Polisnummer

Huisarts

Telefoon huisarts

Ik ontvang mijn factuur per per post per email

Ik ontvang mijn reisbescheiden per per post per email

Naam thuisblijvers

Telefoon thuisblijvers -

Emailadres thuisblijvers

Woonsituatie zelfstandig
 bij ouders/familie
 begeleid op afstand
 24 uurs-begeleiding
 anders nl.

- Werk situatie
- gewoon bedrijf
- dagcentrum/werkvoorziening
- niet werkzaam
- anders nl.
-

3. Mobiliteit/Vaardigheden

- Ik kan mij geheel zelfstandig verplaatsen met hulpmiddelen zonder hulpmiddelen
- Ik kan mij niet zelfstandig verplaatsen en heb in huis begeleiding nodig buitenshuis begeleiding nodig
- Ik kan niet staan
- Ik heb een stafunctie en kan een paar pasjes lopen

Ik kan _____ Meter / _____ Minuten (met hulpmiddelen) lopen

- | | | |
|---|-----------------------------|------------------------------|
| Ik mag zonder begeleiding iets ondernemen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik mag alleen achterblijven | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik mag zelf mijn zakgeld beheren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik kan traplopen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik kan fietsen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik kan zwemmen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik mag alcohol | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |
| Ik rook | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nee |

4. Verzorging/Medische zaken

Ik wil graag geholpen worden met:

- | | | | |
|---|----------------|---------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> wassen/douchen | Zorgtijd _____ | minuten 's morgens/ _____ | minuten 's avonds _____ |
| <input type="checkbox"/> aan-/uitkleden | Zorgtijd _____ | minuten 's morgens/ _____ | minuten 's avonds _____ |
| <input type="checkbox"/> verpleegkundige handelingen, | Zorgtijd _____ | minuten 's morgens/ _____ | minuten 's avonds _____ |

welke: _____

- in/uit bed komen toiletbezoek steunkousen eten
- overig namelijk: _____

Medische zaken

Ik heb de volgende aandoeningen _____

Ik volg	<input type="checkbox"/> een dieet	namelijk:	_____	
Ik heb	<input type="checkbox"/> een verstandelijke beperking			
	<input type="checkbox"/> lichamelijke beperking			
	<input type="checkbox"/> psychische problemen			
	<input type="checkbox"/> spraakproblemen			
	<input type="checkbox"/> slikproblemen			
	<input type="checkbox"/> een pacemaker			
	<input type="checkbox"/> epilepsie	<input type="checkbox"/> toevalsvrij	<input type="checkbox"/>	_____ toevallen per dag/week/maand
Ik ben	<input type="checkbox"/> slechtziend			
	<input type="checkbox"/> slechthorend			
	<input type="checkbox"/> spastisch			
	<input type="checkbox"/> incontinent	<input type="checkbox"/> urine	<input type="checkbox"/>	ontlasting
	<input type="checkbox"/> anders nl.			
Ik gebruik	<input type="checkbox"/> medicijnen	deze beheer ik zelf	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> insuline	deze dien ik zelf toe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> injecties	deze dien ik zelf toe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> zuurstof			

Ik heb een katheter wond stoma Hebt u bij de verzorging hiervan hulp nodig? ja nee

5. Hulmiddelen

Lenen/huren

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> rollator | <input type="checkbox"/> badplank | <input type="checkbox"/> passieve tillift |
| <input type="checkbox"/> duwrolstoel | <input type="checkbox"/> reispapagaai | <input type="checkbox"/> actieve tillift |
| <input type="checkbox"/> bedverhogers | <input type="checkbox"/> toiletverhoger | <input type="checkbox"/> douchestoel |

Zelf meenemen

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> rollator | |
| <input type="checkbox"/> duwrolstoel | Afmetingen/gewicht ingeklapt LHB / KG/Type |
| <input type="checkbox"/> elektrische rolstoel | Afmetingen/gewicht ingeklapt LHB / KG/Type |

Overige hulpmiddelen: _____

Indien u tilhulp nodig heeft, duwhulp heeft aangevraagd wat is uw gewicht _____ KG

6. Verzekeringen

- Ja, ik wil een kortlopende annuleringsverzekering afsluiten
- Ja, ik wil een kortlopende reisverzekering afsluiten
- Nee, ik wil geen annuleringsverzekering afsluiten: graag onderstaande gegevens invullen
- Nee, ik wil geen reisverzekering afsluiten: graag onderstaande gegevens invullen

Maatschappij: _____

Polisnummer: _____

Geldig tot: _____

7. Privacywet

Ik geef toestemming voor het gebruik van beeldmateriaal waarop ik sta voor de website of brochure van JES Reizen ja nee

8. Extra informatie

Graag zou ik de volgende informatie waarvan jullie op de hoogte moeten zijn willen vermelden

9. Ondertekening

Ondergetekende

- Geeft JES Reizen toestemming over te gaan tot boeking
- Verklaart kennis te hebben genomen van de algemene voorwaarden en informatie
- Verklaart hierbij het formulier volledig en naar waarheid te hebben ingevuld

Handtekening reiziger : _____

Datum: - -

Plaats: _____

Handtekening

ouder/verzorger/begeleider : _____

Datum: - -

Plaats: _____

Dit formulier met kopieën van paspoort of id-kaart en medicijnenlijst opsturen naar:

JES Reizen, p/a Doniawei 54, 9104 GN Damwâld

Hartelijk dank voor uw aanmelding. Wij wensen u een prettige reis.