

Gelieve deze fiche ingevuld terug te sturen naar: ROeTSJ, Tiensesteenweg 63, 3000 Leuven

## Persoonsgegevens

Achternaam:

Voornaam:

Geboorteplaats:

Geboortedatum:

Rijksregisternummer:

Nummer indentiteitskaart:

## Adresgegevens

### Instelling of dagverblijf:

Naam van de instelling / dagverblijf:

### Thuisadres:

Naam van de contactpersoon:

Adres:

  

Adres:

  

Telefoon:

Telefoon:

E-mail:

E-mail:

### Verwittigen in geval van nood:

Naam van de instelling / dagverblijf:

### Huisarts:

Naam van de contactpersoon:

Adres:

  

Adres:

  

Telefoon:

Telefoon:

## Post

Op welk adres ontvang je het liefst de brieven van ROeTSJ?

- Thuis  
 Instelling / Dagverblijf  
 Ander, namelijk:

## Handicap

Kruis de vakjes aan die van toepassing zijn, en geef de nodige toelichting.

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Licht mentale handicap       | <input type="checkbox"/> Matig mentale handicap |
| <input type="checkbox"/> Zwaar mentale handicap       | <input type="checkbox"/> Motorische beperking   |
| <input type="checkbox"/> Auditieve beperking          | <input type="checkbox"/> Visuele beperking      |
| <input type="checkbox"/> Niet aangeboren hersenletsel | <input type="checkbox"/> Autisme                |
| <input type="checkbox"/> ADHD                         | <input type="checkbox"/> Leerstoornissen        |
| <input type="checkbox"/> Andere                       |   |

## Sociale vaardigheden: Communicatie

Omcirkel alles wat van toepassing is. Vul eventueel aan en geef de nodige toelichting.

### Verbaal

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geen probleem        | <input type="checkbox"/> Traag spreken     |
| <input type="checkbox"/> Moeilijk articuleren | <input type="checkbox"/> Weinig stemvolume |
| <input type="checkbox"/> Stotteren            | <input type="checkbox"/> Geen spraak       |

### Non-verbaal

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geen probleem         | <input type="checkbox"/> Voldoende begrijpbaar met lichaamstaal |
| <input type="checkbox"/> Moeilijk te begrijpen |   |

### Hulpmiddelen m.b.t. communicatie

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Niet van toepassing | <input type="checkbox"/> Pictogrammen       |
| <input type="checkbox"/> Communicatiebord    | <input type="checkbox"/> Communicatieboekje |
| <input type="checkbox"/> SMOG                | <input type="checkbox"/> Eigen gebaren      |
| <input type="checkbox"/> Eigen klanken       |   |

## Karakter en gedrag

### Karaktereigenschappen

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rustig         | <input type="checkbox"/> Energiek           |
| <input type="checkbox"/> Schuchter      | <input type="checkbox"/> Haantje de voorste |
| <input type="checkbox"/> Teruggetrokken | <input type="checkbox"/> Meegaand           |
| <input type="checkbox"/> Lief           | <input type="checkbox"/> Zorgzaam           |
| <input type="checkbox"/> Koppig         | <input type="checkbox"/> Tegendraads        |
| <input type="checkbox"/> Roekeloos      | <input type="checkbox"/> Plakkerig          |
| <input type="checkbox"/> Spontaan       |   |

**Eventueel onaangepast gedrag**

- |  |                                    |
|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Agressie          | <input type="checkbox"/> Weglopen  |
| <input type="checkbox"/> Roepen            | <input type="checkbox"/> Vernielen |
| <input type="checkbox"/> Handtastelijkheid | <input type="checkbox"/> Liegen    |
| <input type="checkbox"/> Fantaseren        | <input type="checkbox"/> Stelen    |
| <input type="checkbox"/> Afzonderen        |                                    |

**In welke gevallen onaangepast gedrag?**

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ten opzichte van ander geslacht | <input type="checkbox"/> Ten opzichte van nieuwe begeleiding                             |
| <input type="checkbox"/> Bij niet-vertrouwde situaties   | <input type="checkbox"/> Bij teveel drukte   |
| <input type="checkbox"/> Bij onbegrip                    | <input type="checkbox"/> Bij hevige emoties zoals verdriet, angst, verliefdheid, heimwee |

**Hoe reageert de begeleiding best op probleemgedrag?****Omgaan met het andere geslacht****Andere aandachtspunten**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Geheugenproblemen      | <input type="checkbox"/> Concentratiestoornissen |
| <input type="checkbox"/> Behoefte aan structuur |  |

**Assistentie en verzorging****Mobiliteit****Kenmerken**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Geen beperkingen                | <input type="checkbox"/> Kan niet stappen               |
| <input type="checkbox"/> Kan enkele stapjes zetten       | <input type="checkbox"/> Kan wandelen met ondersteuning |
| <input type="checkbox"/> Kan stappen, maar vlug vermoeid |   |

**Welke hulpmiddelen gebruik je om je te verplaatsen?**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Mechanische rolstoel | <input type="checkbox"/> Electriche rolstoel |
|---|--|

Krukken Andere**Wanneer heb je begeleiding of assistentie nodig?** Bij trappen Bij drempels Ondersteuning bij wandelen Duwen van een rolstoel In en uit rolstoel helpen**Verzorging**

Geef aan welke je mogelijkheden en beperkingen zijn, en waarvoor de begeleiding aandacht moet hebben bij assistentie en verzorging.

**Hulpmiddelen of aangepast materiaal** Matrasbeschermer Bedrand Luiers Bedpan Plasfles Toiletstoel Zweedse gordel (en instructies) Hoorapparaat Bril Lenzen**Kleden** Volledig aan- en uitkleden Knopen Veters Ritssluitingen BH Toezicht proper ondergoed Hulp bij kledijkeuze**Hygiëne** Wassen Tandpoetsen Haarverzorging Scheren**Intieme verzorging** Afvegen na toilet Verschonen van maandverband Zalf Antibacteriële spoeling**Incontinentie** Luiers overdag Luiers 's nachts

Sonderen Stoelgang opwekken**Extra zorgen** Beschermen tegen de zon Schoonmaken van bril Schoonmaken van hoorapparaat**Slapengaan en nachtzorgen** Middagdutje Knuffeldier Medicatie Lampje Snurken Slaapwandelen Wisselen van slaaphouding Woelen Hardop dromen Nachtmerries Wakker maken voor toiletbezoek Niet boven in stapelbed Indien mogelijk een aparte kamer**Om hoe laat ga jij gewoonlijk slapen in de vakantie?****Maaltijden****Aandachtspunten** Hulp bij eten en drinken Boterhammen smeren Snijden van voedsel Drinken met een rietje Aanmoedigen om te eten Hoeveelheid beperken Dieet Allergie**Hulpmiddelen of aangepast materiaal (zelf mee te brengen)** Bordrand Aangepast bestek Aangepaste beker Slabbetje**Mag je alcohol drinken en hoeveel per dag?**

Dit geldt voor momenten op kamp/weekend/praatcafé/voetbal, tijdens de maandelijkse activiteit wordt er geen alcohol gedronken.

**Mag je roken en hoeveel per dag?**

Dit geldt voor momenten op kamp/weekend/praatcafé/voetbal, tijdens de maandelijkse activiteit wordt er niet gerookt.

**Activiteiten**

**Welke zijn je favoriete activiteiten? Hobby's? Specialiteiten?**

**Zwemmen****Mag je zwemmen?**
 Ja, geen probleem

 Nee, reden
**Kan je zwemmen?**
 Ja

 Ja, met hulpmiddelen

 Neen
**Medische opmerkingen**

Kruis aan wat van toepassing is en licht toe indien van belang

**Ziektes**
 Epilepsie

 Hyperventilatie

 Astma

 Hepatitis

 Hartkwaal

 Leverinsufficiëntie of – ziekte

 Reuma

 Suikerziekte

 Nierinsufficiëntie of – ziekte

 Incontinentie

 Huidaandoening

 Schildklierandoening

 Bloedstollingstoornis

 Hooikoorts

 Allergie
**Vaccinatie tegen tetanus**

**Algemene gezondheidstoestand**

## **Bijkomende opmerkingen**

Hier kan je bijkomende opmerkingen kwijt.