



Domein  
Polderwind



**Kurt Neyens** thuisverpleging

**AANVRAAGFORMULIER VERPLEEGKUNDIGE ZORG  
GASTEN HOTEL DOMEIN POLDERWIND**

***In te vullen bij aanvraag verpleegkundige zorg***

Hotel Domein Polderwind en *Kurt Neyens Thuisverpleging* engageren zich om samen te werken in functie van het bieden van een aangepaste vakantie op maat met een kwaliteitsvolle zorgondersteuning voor zorgbehoevende personen die verblijven in het hotel Domein Polderwind.

Elke aanvraag tot verpleging in het hotel Domein Polderwind wordt door *Kurt Neyens* uitgevoerd en dient te gebeuren via dit formulier.

**Contactgegevens**

Naam van de gast: (Naam en voornaam)	
Adres	
Telefoonnummer	
Gsm nummer	
E-mailadres	
Geboortedatum	
Rijksregisternummer	
Nummer mutualiteit (zie kleeftbriefje)	

**CONTACTPERSONEN: wie kan Kurt Neyens contacteren in geval van nood?**

Naam / Verwantschap  •	
Naam / Verwantschap  •	
Naam / Verwantschap  •	

**HUISARTS**

Naam en telefoonnummer	

**SPECIALIST**

Naam en telefoonnummer	

**VOORKEUR ZIEKENHUIS**

--

**GEGEVENS THUISVERPLEGING OP HET THUISADRES**

--

**GEGEVENS OVER DE VERBLIJFSPERIODE EN DE GEWENSTE ZORGEN**

Verblijfsadres	Zorghotel Domein Polderwind, Polderwind, 8377 Zuienkerke
Periode	Van ..... tot .....
Bij aankomst opstart zorg gewenst om:.....uur	
Bij vertrek laatste zorg gewenst om:.....uur	
<p>Geef aan welke periode van de hieronder vermelde tijdslot uw voorkeur wegdraagt (kruis 1 of meerdere mogelijkheden aan):  <i>(opgepast: het juiste tijdstip binnen de aangeduide tijdslot wordt ter plaatse bij de receptie van het onthaal afgesproken)</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ochtend: gewenst uur tussen..... en .....</p> <p><input type="checkbox"/> Namiddag: gewenst uur tussen..... en .....</p> <p><input type="checkbox"/> Avond: gewenst uur tussen..... en .....</p>	
<p>Welke zorg: .....</p> <p>Aandachtspunten: .....</p>	
<p>Voor een vlot verloop van uw zorgen vragen wij dat u bij opstart over een voorschrift beschikt van uw huisarts, alsook uw identiteitskaart steeds kan voorleggen.</p>	

Stuur het **ingevulde document** samen met de lopende **Katz-schaal** en lopende **voorschriften** naar [thuisverplegingneyenskurt@hotmail.be](mailto:thuisverplegingneyenskurt@hotmail.be)

Gegevens Kurt Neyens:

Oud-Strijderslaan 11

8200 Sint Andries Brugge

0476/318 402

[thuisverplegingneyenskurt@hotmail.be](mailto:thuisverplegingneyenskurt@hotmail.be)