



AARTSBISDOM MECHELEN-BRUSSEL

DIENST DIOCESANE BEDEVAARTEN

*Gelieve bladzijde 3 tot 6 volledig ingevuld
en breng ze zo snel mogelijk terug
aan de medische dienst M.B..*

*Medische dienst MB
Mevr. Brigitte Delvaux
De Selliers de Moravvillelaan, 102
1082 Brussel*

Zijn er vragen? gsm : 0477 08 88 68 (antwoordapparaat)

Beste,

U hebt beslist met ons naar Lourdes te gaan. Wij danken u voor het vertrouwen.

Hebt u gedurende de bedevaart zorg nodig en logeert u graag in "Accueil Notre-Dame", gelieve dan dit **medisch dossier** te (laten) invullen en stuur ze zo snel mogelijk terug naar bovenstaand adres.

*Het is aangewezen ons voor het vertrek in augustus op de hoogte te brengen van **elke verandering** in het ziektebeeld en de behandeling.*

Voor minderjarigen en personen met een vertegenwoordiging geven ouders, voogd of verantwoordelijke een toelating aan de medische dienst om de nodige maatregelen voor de zieke te treffen.

*Dialyse patiënten worden verzocht **eerst contact** op te nemen met het secretariaat.*

Vergezelt u iemand en heeft u geen medische hulp nodig dan is dit document niet voor u bestemd.

U vindt hieronder de algemene inlichtingen en inschrijvingsvoorwaarden:

- **Dagreis** per HST van ongeveer 9 uren
- **Uitsluitend zitplaatsen**
- De hospitaliteit neemt uw zorg op zich vanaf **Koekelberg** of **Tourcoing** en dit tot de terugkeer
- Op de trein wordt frisdrank verkocht (water, Coca, Fanta, Sprite ...opgepast voor suikerdieet)
- Heenreis: voorzien picknick voor '**s middags**
- Terugreis: picknick door de bedevaart aangeboden

De bergruimte op de trein is beperkt, gelieve daarmee rekening te houden bij de voorbereiding van de bagage. **Houd uw reiskoffer zo klein mogelijk.** Ook bij de terugkeer **overladen** we ons niet met 't heilzaam water en souvenirs.

Het is wenselijk een afzonderlijk zakje te voorzien met daarin voldoende geneesmiddelen en materiaal voor toe te dienen zorg tijdens de reis. Je moet dit kunnen gebruiken op je zitplaats in de wagon.

Verplaatsingen te Lourdes

Bij elke verplaatsing buiten de Accueil worden de zieken vervoerd in wagentjes speciaal daarvoor voorzien.

Neem dan uw rolstoel niet mee tenzij die speciaal voor u aangepast is.

Verblijf

In Accueil Notre-Dame op **een 2-, 3- of 6 -** persoonskamer.

Indien mogelijk zullen echtparen en ouders die voor hun kind zorgen over een 2-persoonskamer kunnen beschikken.

Eénpersoonskamers kunnen uitzonderlijk na beoordeling van alle medische dossiers toegewezen worden.

De Medische dienst

De medische dienst zal de algemene en geneeskundige zorgen verstrekken gedurende de reis en het verblijf.

Wij behouden ons het recht voor een inschrijving te weigeren indien de zieke onvoldoende verzorging of begeleiding kan aangeboden worden.

Gelieve **alle documenten** zorgvuldig in te vullen en zo snel mogelijk terug te bezorgen.

Medische zorgen kunnen niet in het hotel georganiseerd worden. Bedevaarders die zorg of begeleiding nodig hebben dienen ondergebracht in Accueil Notre-Dame.

Tijdens de bedevaart,

Gelieve mee te brengen:

- **De Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK).** De EZVK vervangt het oude formulier E111. Afhankelijk van het verzekeringscontract in het land waar u verblijft worden de medische kosten op eenvoudig vertoon van uw kaart volledig, gedeeltelijk of bij terugkomst terugbetaald. In sommige landen wordt standaard een hoger privétarief aangerekend (als u de kaart niet voorlegt). Dat tarief (opleg/remgeld) wordt niet terugbetaald in België. In België heeft u voor iedere medische transactie een SIS-kaart nodig. In het buitenland is de SIS-kaart echter niet geldig.
- **Eigen geneesmiddelen en verzorgingsmaterieel voor de duur van 10 dagen.** Bij het ontbreken hiervan zal een forfait per dag aangerekend worden naargelang het verbruik (glucometer met strookjes, pampers, enz.)
- Indien van toepassing de laatste resultaten van de **INR** (stolling van het bloed).

Met de ganse hospitaliteit zijn we ervan overtuigd dat deze bedevaart in de best mogelijke omstandigheden zal verlopen.

Gelieve pagina 1 en 2 bij te houden aub!

In verband met de COVID19-pandemie verzoeken wij u het ingevulde medische dossier zo spoedig mogelijk op te sturen. Alleen dit zal uw inschrijving bevestigen door de dokter die verantwoordelijk is voor de hospitaliteit.

Toegang tot het Franse grondgebied kan alleen worden gegeven op basis van een volledige vaccinatie. Stuur ons uw vaccinatiebewijs. (QR CODE)

www.mijngezondheid.belgie.be



Belgische Hospitaliteit
Onze Lieve Vrouw van Lourdes

HOSPITALITEIT Mechelen-Brussel
Diocesane bedevaart naar Lourdes



*aandacht
medisch geheim*

MEDISCH DOSSIER

Foto

Terug te zenden aan
Mevr. Brigitte Delvaux, De Selliers de Moranvilleaan, 102 te 1082 Brussel
!!! zo vlug mogelijk!!!

IN TE VULLEN DOOR DE ZIEKE

Dhr. ☐ Mevr. ☐
Zuster ☐ E.H. ☐

NAAM (meisjesnaam):

VOORNAAM:

Geboortedatum:

Nationaal nummer:

Instelling (rusthuis, instituut):

Straat :

PN :

Woonplaats:

Telefoon :

GSM:

Betref het uw eerste bedevaart als zieke : JA ☐ NEE ☐
Indien niet, neemt deel aan zijn bedevaart naar Lourdes

Persoon te verwittigen bij ongeval :

Naam :

Voornaam :

Telefoon :

GSM :

Verwantschap:

Persoon/Instelling die de ziekte opvangt bij terugkomst :

In het station van Tourcoing ☐ te Koekelberg ☐

Naam :

Voornaam :

Telefoon:

GSM :

Beste collega,
om de opvolging van uw patiënt te verzekeren tijdens het verblijf te Lourdes vragen wij u de noodzakelijke medische inlichtingen te bezorgen in het bijzonder de juiste hedendaagse behandeling. Aandacht wordt ook gevraagd voor de verplaatsingsmogelijkheden.
Het gaat over de veiligheid van uw patiënt en onze wettelijke verantwoordelijkheid.
Deze vragenlijst is voor ons een onontbeerlijk werkdocument.

De Voorzitter van de Hospitaliteit MB **Dr Pierre Merlin**

IN TE VULLEN DOOR DE BEHANDELEND GENEESHEER

Voornaamste pathologie en korte anamnese:

Medische en chirurgische antecedenten:

Te vermelden problemen:

Infectierisico: HIV ☐ Hepatitis ☐ MRSA ☐ Besmettingsrisico JA ☐ NEE ☐	Vaccinatie: Tetanus : laatste Hepatitis : NEE ☐ JA ☐ datum : Indien de laatste tetanosinenting dateert van meer dan 10 jaar geleden gelieve u opnieuw te laten inenten.	Allergie / Intolerantie: Medicatie: Andere:
--	---	--

Opmerkingen of speciale medische begeleiding te Lourdes: Wenst u een INR controle (stolling) tijdens het verblijf ? NEE ☐ JA ☐ Zo ja laatste waarde bijvoegen voor het vertrek.	Algemene gegevens: BD : Pols : Bloedgroep : Rh :
---	--

Gewenst dieet tijdens het verblijf	Bereidingswijze van de maaltijden	Voedselintolerantie
Normaal ☐	Normaal ☐	
Zonder suiker ☐	Gesneden ☐	
Leverlijden ☐	Gemalen (gehakt) ☐	
Zonder zout ☐	Gemixt (puree) ☐	
Zonder suiker en zout ☐		
Andere verduidelijking:		
Slikproblemen JA ☐ NEE ☐ vloeistof ☐ vast ☐		

Zuurstoftherapie	... L/min	van: ...u... tot ...u...	Aerosoltherapie	... x/dag
-------------------------	-----------	--------------------------	------------------------	-----------

Huidige behandeling en medicatie														
Geneesmiddel	Nuchter	Ontbijt			10 u	Middagmaal			16 u	Avondmaal			Nacht	Opmerkingen
		Voor	Met	Na		Voor	Met	Na		Voor	Met	na		

Diabetes JA ☐ NEE ☐ dient de suikerspiegel gevolgd te worden? JA ☐ ...x/dag NEE ☐ !!! De patiënt dient in het bezit te zijn van zijn materiaal!!! insulinetherapie:										
Insulinetype	morgend			middag			avond			22u
	Voor	Met	Na	Voor	Met	Na	Voor	Met	Na	
	... E	... E	...E	... E	... E	...E	... E	... E	...	...E

Epilepsie is de patiënt onderhevig aan epilepsie aanvallen? JA ☐ NEE ☐ basisbehandeling: behandeling in geval van crisis:

Algemene beoordeling van de patiënt:**Psychologische toestand en verbale communicatie:**zonder problemen ☐ niet-verbale communicatie:**Mogelijke gedragsproblemen:**vluchtrisico : JA ☐ NEE ☐ alcoholisme: JA ☐ NEE ☐ toxicomanie : JA ☐ NEE ☐
opmerking:**Oriëntatie:**zonder problemen ☐ desoriëntatie in tijd en/of ruimte ☐**Evaluatie van de handicap door de behandelende arts**belangrijk ☐ gemiddeld ☐ licht ☐

Hartelijk dank voor de zorg besteed aan het invullen van deze vragenlijst

Naam van de Dokter:

Datum:

Adres:

E-mail:

Handtekening:

Tel. nummer:

GSM:

Stempel van de Dokter

IN TE VULLEN DOOR DE PATIËNT OF DOOR DE VERANTWOORDELIJKE VOOR DE DAGELIJKSE VERZORGING:

Naam en voornaam van de patiënt:

Lengte :

Gewicht :

Wenst te reizen in gezelschap van :

Wenst de kamer te delen met:

Hoe reist U het liefst : zittend ☐ liggend ☐

Autonomie van de patiënt	NEE	JA	Zelfstandig	Gedeeltelijk afhankelijk	Afhankelijk
hulp voor lichaamsverzorging	☐	☐	☐	☐	☐
hulp bij het kleden	☐	☐	☐	☐	☐
hulp bij het eten	☐	☐	☐	☐	☐
<u>Parenterale voeding (zorgen voor het nodige materiaal : pomp, leidingen, voeding voor de ganse bedevaart)</u>					
hulp bij de verplaatsing	☐	☐	☐	☐	☐
ik gebruik een *	mechanische rolstoel ☐		elektrische rolstoel ☐		
ik gebruik een :	stok ☐		rollator ☐		andere ☐
hulp bij het toilet	☐	☐	☐	☐	☐
incontinentie	☐	☐	☐	☐	☐
dagbeschermingsmiddel ☐ nachtbeschermingsmiddel ☐ stoma ☐ blaassonde ☐ Cystokath ☐					
Het is absoluut noodzakelijk dat iedereen zijn persoonlijk incontinentiemateriaal meebrengt voor de duur van de bedevaart !!!voorzien voor 10 dagen !!!					
hulp bij geneesmiddeltoediening	☐	☐	☐	☐	☐
hulp bij het slapengaan	☐	☐	☐	☐	☐
normaal bed ☐ elektrisch bed ☐ bedbaren ☐ papegaai ☐ kinderbed ☐					

* Gelieve uw persoonlijke rolwagen niet mee te brengen (behalve indien op maat gemaakt)

Afhankelijkheidsgraad van de patiënt : 1(zwaar) 2 3 4 5 6 (licht)

Verpleegkundige zorgen

wonden (lokalisatie):

verband (soort + frequentie + producten):

inspuitingen:

!!! Het nodige voorzien voor de ganse duur van de bedevaart !!!

voorzorgsmaatregelen bij doorligwonde:

antidoorligmateriaal: NEE ☐ JA ☐ (indien ja, meebrengen en van naam voorzien)

bijzondere zorgen:

Allerlei

kine : JA ☐ NEE ☐ → Type van behandeling:

dialyse : JA ☐ NEE ☐

Indien zich onverwachte verwikkelingen voordoen en de patiënt is niet meer in staat om zijn wilsbeschikking te uiten, dient de hierna vermelde persoon ingelicht:

Naam en voornaam:

Adres:

PN:

Woonplaats:

Tel:

Gsm:

Verwantschapsgraad:

In geval van gezondheidsproblemen of een ongeval dat eventueel doodsbedreigend zouden kunnen zijn verlang ik niet gereanimeerd te worden, noch een onverantwoorde behandeling te ondergaan.

JA ☐ NEE ☐

In geval van overlijden te Lourdes, dient mijn stoffelijk overschot overgebracht naar België.

Indien ik verlang te Lourdes begraven te worden wordt volgende persoon :

Naam en voornaam:

Adres :

PN :

Woonplaats:

Tel :

Gsm :

gevolmachtigd om de nodige maatregelen te treffen en de kosten op zich te nemen .

Ik, ondergetekende(naam en voornaam in drukletters)

heb kennis genomen van de algemene informatie en de inschrijvingsvoorwaarden en

wens deel te nemen als zieke aan de Lourdesbedevaart **Mechelen-Brussel**.

Indien mijn aanvraag wordt aanvaard, verklaar ik de medische zorgen voor mijn gezondheid toe te vertrouwen aan de artsen van de bedevaart voor de duur van de reis en het verblijf te Lourdes.

Gedaan te :

op : / / 202

Handtekening van de zieke

(of van de ouder/voogd/verantwoordelijke)

Gelieve bij te voegen:

☐ kopie identiteitskaart

☐ pasfoto

☐ kopie van de Europese ziekteverzekeringskaart (EZVK)

☐ Een kopie van uw COVID-vaccinatiebewijs via (QRCODE) VIA www.mijngezondheid.belgie.be