

**Werkcentrum voor Inclusief en Emancipatorisch Vormingswerk (WIEV) vzw****PERSOONLIJKE FICHE**Foto  
indien  
mogelijk

DATUM: . . . . .

1

**Persoonlijke gegevens**

Naam: Voornaam:  
Geboortedatum: Geboorteplaats:  
Thuisadres:  
Telefoon: Gsm:  
E-mail: Contactpersoon:  
Nummer identiteitskaart:

**Gegevens voorziening**

Naam van de voorziening:  
Adres:  
Telefoon: Fax:  
E-mail: Contactpersoon:  
Naam van de leefgroep:  
Telefoon: Gsm:  
E-mail: Contactpersoon:

**Adressen voor het sturen van kaartjes** (enkel van toepassing tijdens de zomerprojecten)

**Werkcentrum voor Inclusief en Emancipatorisch Vormingswerk (WIEV) vzw****Medische gegevens**

Naam mutualiteit:

Nummer sis-kaart:

Rijksregisternummer:

Bloedgroep:

Naam huisarts:

Telefoonnummer huisarts:

Contactpersoon bij problemen:

**PERSOONLIJKHEIDSPROFIEL****1. Omschrijving van het karakter:** wat doet hij/zij graag? Wat kan hij/zij niet verdragen?**2. Omschrijving van het gedrag:****3. Communicatie:**

Kan hij/zij praten?

**0** ja **0** nee

Indien hij/zij niet kan praten hoe drukt hij/zij zich uit?

Kan hij/zij lezen?

**0** ja **0** nee

opmerking:

Kan hij/zij schrijven?

**0** ja **0** nee

opmerking:

Kan hij/zij anderen verstaan?

**0** ja **0** nee

opmerking:

**4. Relationale omgang**

Hoe gedraagt hij/zij zich tegenover de andere groepsleden?

Hoe gedraagt hij/zij zich tegenover de begeleiders?

Hoe gedraagt hij/zij zich in een gemengd verblijf?

**Werkcentrum voor Inclusief en Emancipatorisch Vormingswerk (WIEV) vzw****5. Fysieke gesteldheid**

Heeft hij/zij een fysische handicap?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Hoe uit deze beperking zich?	<input type="checkbox"/> krukken	<input type="checkbox"/> rolwagen	
	<input type="checkbox"/> oorapparaat	<input type="checkbox"/> andere:	
Heeft hij/zij diabetes?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Heeft hij/zij een hartafwijking?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Heeft hij/zij epilepsie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Heeft hij/zij last van een allergie?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	waarvoor:
Andere afwijkingen:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Is hij/zij ingeënt tegen Hepatitis B?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:

**6. Verzorging**

Kan hij/zij zelfstandig het toilet gebruiken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Wast hij/zij uit zichzelf de handen na toiletgebruik?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Heeft hij/zij stoelgang problemen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Is hij/zij zindelijk 's nachts?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Dient hij/zij hiervoor uit bed gehaald te worden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Zo ja, op welke tijdstippen:			

**7. Wassen**

Is hij/zij hierbij zelfstandig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Draagt hij/zij uit zichzelf zorg voor het uiterlijk voorkomen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	opmerking:
Heeft hij/zij hulp nodig bij:	<input type="checkbox"/> het scheren	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> het wassen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> haar kammen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> tanden poetsen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> verversen ondergoed	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> haar wassen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
	<input type="checkbox"/> bad nemen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee
Gebruikt hij/zij speciale producten bij de verzorging?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nee	Welke:

**Werkcentrum voor Inclusief en Emancipatorisch Vormingswerk (WIEV) vzw****8. Kledij**

---

Kan hij/zij zelfstandig zijn/haar kledij kiezen?

 ja     nee    opmerking:

Heeft hij/zij begeleiding nodig bij:

 het aankleden     ja     nee het uitkleden     ja     nee knopen, rits     ja     nee veters     ja     nee andere:

Met welke symbolen of afkortingen is de kledij genaamtkend:

**9. Slapen**

---

Moet hij/zij op een specifiek uur gaan slapen?

 ja     nee    slaapuur:

Heeft hij/zij een slaapritueel?

 ja     nee    opmerking:

Heeft hij/zij gedragsproblemen 's nachts?

 ja     nee    opmerking:

Kan hij/zij in het bovenste deel van een stapelbed slapen?

 ja     nee    opmerking:

Moet hij/zij absoluut de kamer delen met iemand uit dezelfde voorziening?

 ja     nee    opmerking:

Kan hij/zij zelfstandig het bed opmaken?

 ja     nee    opmerking:**10. Maaltijden**

---

Kan hij/zij zelfstandig eten?

 ja     nee    opmerking:

Bedient hij/zij zichzelf aan tafel?

 ja     nee    opmerking:

Moet hij/zij dieet volgen?

 ja     nee    opmerking:

Heeft hij/zij problemen om op restaurant te gaan eten?

 ja     nee    opmerking:

**Werkcentrum voor Inclusief en Emancipatorisch Vormingswerk (WIEV) vzw****11. Algemeen**

Hoe reageert hij/zij op dieren?

Houdt hij/zij zelf het zakgeld bij?  ja  nee opmerking:Rookt hij/zij?  ja  nee opmerking:Mag hij/zij alcohol drinken?  ja  nee opmerking:

Draagt hij/zij zorg voor de persoonlijke bezittingen?

 ja  nee opmerking:**12. Andere nuttige informatie****13. Observatiegegevens**

Datum	Observatie, opmerking	Acties vanuit het WIEV