

EIGEN MEDISCHE GEGEVENS

Welke ziekte(n) of handicap heeft u?.....

.....

.....

.....

Bent u bedlegerig? ja nee

Moet u in een rolstoel gereden worden? ja nee

Kunt u staan? ja nee

Kunt u lopen? ja nee zo ja, hoelang? 5 minuten
 15 minuten
 30 minuten of langer

Bij gebruik van zuurstof hoeveel/wanneer

Heeft u eventueel hulp nodig bij:

	geen hulp	enige hulp	veel hulp
- opstaan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- staan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- lopen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- aan- en uitkleden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- eten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- wassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- toiletbezoek	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Indien u met het vliegtuig wilt reizen.

Kunt u op redelijke wijze een vliegtuig in en uit stappen? ja nee

Eventuele toelichting(en):

.....

.....

.....

.....