

VOORLOPIG RESERVERINGSFORMULIER

1/3



Persoons gegevens

Naam: _____ Voorletters: _____

Man: Vrouw:

Adres: _____ Telefoon: _____

Postcode en woonplaats: _____ Geboortedatum: _____

E-mail adres: _____

BSN-nummer: _____

Invullen indien van toepassing (zorgverblijf)

2e persoon: _____ Man: Vrouw:

BSN – nummer: _____

Geboortedatum: _____

Zorg: Nee Ja, namelijk: _____

Contactpersoon indien van toepassing

Naam: _____

Telefoonnummer: _____

E-mail adres: _____

Verblijf

Welke datum zou u graag in Hotel Merlinde willen verblijven?

Van: _____ tot en met : _____

Aantal dagen: _____

Een zorgverblijf wordt per dag berekend. Wanneer een zorgverblijf korter dan 5 dagen is, dan worden er eenmalig €25,- reserveringskosten berekend. De prijs van een zorgverblijf bestaat uit de kamer en zorghotel servicepakket (zie voor uitleg onze tarievenlijst).

VOORLOPIG RESERVERINGSFORMULIER

2/3



Kamertype

Naar welk type kamer gaat uw voorkeur uit?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1-persoons kamer | <input type="checkbox"/> Half pension** |
| <input type="checkbox"/> 2-persoons kamer* | <input type="checkbox"/> Volpension |
| <input type="checkbox"/> 2-persoons Deluxe kamer* | Optioneel te boeken |
| | <input type="checkbox"/> Drank inclusief |

* ook voor 1-persoonsgebruik

Uitsluitend te reserveren indien u **niet aanmerking komt voor een vergoeding vanuit de aanvullende verzekering.

Diëten en/of Allergieën

Zijn er nog diëten of allergieën waar wij rekening mee kunnen houden?

- Nee Ja, namelijk:

U draagt zelf de kosten voor een verblijf. Heeft u een aanvullende verzekering afgesloten waardoor u een vergoeding ontvangt. Als serviceverlening verzorgen wij graag voor u een aanvraag bij uw zorgverzekeraar met betrekking tot een mogelijke vergoeding (uit uw aanvullende polis). Of u daarvoor in aanmerking komt wordt door uw zorgverzekeraar bepaald. Houdt u rekening met een verwerkingstijd van 5-10 werkdagen.

Naam verzekeraar

Naam van de polis: _____

Polisnummer: _____

Naam huisarts: _____

Uw apotheek: _____

VOORLOPIG RESERVERINGSFORMULIER

3/3



Zorg

Dient u geopereerd te worden? Nee Ja *

*Zo ja: Welk ziekenhuis of kliniek? _____

Wat is de reden van uw operatie / zorgvraag? _____

Welke zorg / begeleiding verwacht u nodig te hebben? _____

Heeft u op dit moment thuiszorg? Nee Ja, te weten van _____

Heeft u een PGB? Nee Ja

Woont u in een zorginstelling? Nee Ja te weten _____

Hulpmiddelen

Uw kamer is reeds voorzien van een hoog/laag bed, toiletbeugels en een douchestoel.

Heeft u naast deze hulpmiddelen nog andere hulpmiddelen nodig? Hierbij kunt u denken aan een rolstoel, toiletstoel, toiletverhoger e.d.*

Nee Ja, namelijk: _____

**Wij kunnen de overige hulpmiddelen voor u verzorgen. Deze zullen dan bij aankomst geïnstalleerd zijn in uw kamer.*

Let u erop dat sommige artikelen uitsluitend tegen betaling van een huurtarief verstrekt worden. Indien u ja aankruist, zullen wij dit verder met u bespreken en u hierover informeren.

Door wie/wat bent u geïnformeerd over Hotel Merlinda?

- Terugkerende gast
- Familie/vrienden/bekenden
- Krant/advertentie, te weten: _____
- Social media, te weten: _____
- Via internet/zoekopdracht, te weten: _____
- Overig, namelijk: _____

Datum: _____ Handtekening: _____