



'n Program van



Instituut vir Optimale Menslike
Funksionering
Program van Badisa
Posbus 21
Oudtshoorn
6620

AANSOEK OM OPNAME

(NB 'n Onlangse vollengte foto van die aansoeker moet hierdie vorm vergesel)

1. VAN: _____

2. VOLLE NAAM: _____

3. NOEMNAAM: _____

4. GEBOORTEDATUM: _____

5. GEBOORTEPLEK: _____

6. HUISTAAL: _____ KERKVERBAND _____

7. IDENTITEITSNOMMER: _____

8. ADRES VAN OUER/VOOG: _____

9. TEL (KODE _____) _____ SEL _____

10. SKOLE/SENTRUMS/INRIGTINGS WAT AANSOEKER BYGEWOON HET – (JARE)

Datum van laaste bywoning _____ Standaard/vlak behaal _____

Posbus 21, Bo-Victoriastraat, OUDTSHOORN Suid Afrika- 6620

Tel (044) 2791740 – Faks (044) 2791878 – E-pos eljada.admin@etime.co.za

011- 891- NPO

11. IS U LID VAN 'N MEDIESE FONDS ? Ja/Nee

12. Indien wel: Naam van Mediese Fonds: _____

Naam van Hooflid: _____ Lidno _____

13. GESINSAMESTELLING:

VADER

NAAM	
GEBOORTEDATUM	
BEROEP	
INKOMSTE	

MOEDER

NAAM	
GEBOORTEDATUM	
BEROEP	
INKOMSTE	
NOOIENSVAN	

a) Is ouers verwant aan aansoeker? JA/NEE

b) Indien wel, wat is graad van verwantskap? _____

14. KINDERS (insluitend onafhanklike, getroudes)

Naam	Geslag	Ouderdom

15. Ander inwoners (Bv Grootouers/loseerders) _____

16. GESINSVERHOUDINGE T.O.V. DIE BETROKKE NE (Begrip, Insig, aanvaarding) –
Verduidelik in kort sin

Vader _____

Moeder _____

Broers _____

Susters _____

17. Waarom word daar nou aansoek om opname in 'n inrigting gedoen? _____

18. Aan watter vorme van dissipline is die aansoeker tans onderworpe? _____

19. ALGEMENE INLIGTING T.O.V. AANSOEKER: Verskaf besonderhede asseblief.

a. Inspuitings/Inentings _____

b. Operasies _____

c. Kindersiektes: _____

d. Ander ernstige siektes: _____

e. Allergieë: _____

f. Aanvalle of siektetoestand wat voorkom _____

g. Gereelde medikasie wat gebruik word _____

20. VOORGEBOORTELIKE GESKIEDENIS:

a. Duur van die swangerskap _____

b. Enige abnormale gebeure tydens swangerskap? _____

21. GEBOORTE _____

22. ONTWIKKELINGSGESKIEDENIS

a. Sit _____ b. Kruip _____

c. Loop _____ d. Van watter ouderdom skool begin bywoon _____

23. EMOSIONELE TOESTAND/GEAARDHEID

Opgewonde: _____ Passief: _____

Humeurig: _____ Liefdevol: _____

24. GEDRAG: (Verduidelik in 'n kort sin)

a. Kan persoon opdragte uitvoer? _____

b. Is persoon gedissiplineerd? _____

c. Hoe goed is persoon se kommunikasie vaardighede ontwikkel? _____

d. Is hy/sy maklik beïnvloedbaar? _____

e. Maak hy/sy maklik vriende? _____

f. Beskryf sy/haar verhoudings met die teenoorgestelde geslag? _____

25. HOE SELFSTANDIG IS AANSOEKER T.O.V.

a. Toiletbeheer bedags: _____ Snags _____

b. Eet met lepel: _____ Mes en Vurk _____

c. Aan- en Uittrek _____

d. Bad: _____ Hare was: _____

e. Tandeborsel: _____ Bed opmaak: _____

f. Skryf: _____ Lees: _____

26. BELANGSTELLINGS VAN AANSOEKER: _____

27. VAARDIGHEDE WAAROR AANSOEKER BESKIK _____

28. EIENAARDIGHEDE/GEWOONTES _____

29. ALGEMEEN: _____

Ek, die ondergetekende, verklaar hiermee dat die bostaande besonderhede soos deur my verstrek, juis is.

HANDTEKENING:

VADER: _____ GETUIE: _____

MOEDER: _____ GETUIE: _____

VOOG(Indien van toepassing) _____

Datum van Aansoek: _____

NB FAMILIES BLY VERANTWOORDELIK VIR INWONERS WAT IN ELJADA OPGENEEM WORD. Hierdie verantwoordelikheid behels gereelde kontak, besoeke, telefoongesprekke, die betaling van die familie-bydrae en uitneem van die gestremde. Wanneer eiendom beskadig word tydens humeur uitbarstings, is die familie aanspreeklik vir die skade.

POS AAN: Die Bestuurder, Eljada Instituut, Posbus 21, OUDTSHOORN, 6620

MEDIESE VERSLAG
(Vir voltooiing deur die Huisdokter)

1. NAAM VAN AANSOEKER: _____

2. ADRES: _____

3. OORSAAKLIKE FAKTORE met betrekking tot die Gestremdheid _____

4. EPILEPSIE (Indien aanwesig):

Tipe aanvalle _____

Voorkoms per maand: _____

Huidige medikasie (Volledig asseblief) _____

5. ALLERGIEë: _____

6. FISIESE TOESTAND:

Gewig: _____ kg Lengte: _____ m

Bloedgroep: _____ Urinetoets: _____

MELD ASB PROBLEME I.V.M.

Gesig: _____

Gehoor: _____

Vel: _____

Hart : _____

Borskas: _____

Spraak: _____

Enige ander fisiese gebreke: _____

GEBOORTEBEPERKING WAT TOEGEPAS WORD: _____

2. GEESTESTOESTAND:

Spanningstoestande: _____

Psigotiese toestande: _____

Voorgeskrewe Medikasie: _____

3. GESKIEDENIS VAN SIEKTES/GEBREKE IN FAMILIE _____

4. ALGEMEEN: _____

HANDTEKENING: _____

DATUM: _____

NAAM, ADRES EN TELEFOONNOMMER VAN HUISDOKTER
