

# GEZONDHEIDSFORMULIER

## Persoonlijke gegevens

Achternaam:  Voorletters:   
Voornamen:  Roepnaam:   
Adres:  Postcode:   
Woonplaats:   
Telefoon:   
Geboortedatum:  Geboorte plaats:

## Zwemmen

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen?  Ja  Nee  
Zwem diploma's  A  B  C

## Verzekering

Zorgverzekering:   
Maatschappij:   
Polisnummer:

## Contactpersoon 1 in geval van nood

Naam:   
Relatie met de deelnemer:   
Telefoonnummer:   
Mobiel nummer:

## Contactpersoon 2 in geval van nood (optioneel)

Naam:   
Relatie met de deelnemer:   
Telefoonnummer:   
Mobiel nummer:



## Medische gegevens

Maak indien nodig gebruik van een bijlage, voorzien van de naam van de deelnemer, voor het vermelden van de gevraagde gegevens.

**Vraagt de gezondheid of het gedrag van uw zoon/dochter speciale zorg?**  Ja  Nee  
Zo ja, welke?

**Lijdt uw zoon/dochter aan:**  Ja  Nee  
**ADHD, astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie of andere aandoeningen?**  
Zo ja, welke?

**Gebruikt je zoon/dochter medicijnen?**  Ja  Nee  
Zo ja, graag onderstaand schema invullen

Maan medicijn*	Indicatie**	Dosering	Opmerking

\*Graag van elk medicijn dat wordt gebruikt een kopie van de bijsluiter toevoegen!

\*\* Waarvoor / tegen welke aandoening of ziekte dient het medicijn?

**Is je zoon/dochter allergisch?**  Ja  Nee  
Zo ja, waarvoor?

**Is er iets wat je zoon/dochter beslist niet lust? (maximaal 5)**

- 
- 
- 
- 
- 



Wat is de bloedgroep zoon/dochter?

A+  A-  B+  B-  AB+  AB-  O+  O-  Onbekend

Is je zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?  Ja  Nee

Draagt je zoon/dochter een bril / contactlenzen?  Ja  Nee

Zo ja, wat is de sterkte van het link- en rechter oog?

Welke maat T-Shirt heeft je zoon/dochter?

Maat:

## Gegevens artsen

### Huisarts

Naam:

Adres:

Telefoon:

### Tandarts

Naam:

Adres:

Telefoon:

### Overige arts

Naam:

Adres:

Telefoon:

Overige opmerking / toelichting over je zoon/dochter

---

---

---

---

---

---

---

---



## Ondertekening

In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, wanneer het niet mogelijk was tijdig contact met mij op te nemen en wanneer dit door een arts noodzakelijk wordt geacht in het belang van het kind. Scouting vereniging Wapata (Ter Aar) kan niet verantwoordelijk gehouden worden voor het geheel of gedeeltelijk verliezen van 'no claim' kortingen of de kosten die voortkomen uit eigen risico clausules van de zorgverzekeraar.

**Datum:**

**Naam ouder/verzorger:**

**Handtekening:**

**Datum:**

**Naam Contactpersoon 1:**

**Handtekening:**

**Datum:**

**Naam Contactpersoon 2:**

**Handtekening:**

**Datum:**

**Naam Zoon/Dochter:**

**Handtekening:**

