

Gezondheidsformulier

Health form



Afgegeven voor de volgende periode: van

t/m

Persoonlijke gegevens / Personal information

Achternaam <i>Surname</i>	
Voornamen <i>Name(s)</i>	
Roepnaam <i>First name</i>	
Adres <i>Address</i>	
Postcode en woonplaats <i>Postal code & place of residence</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>	
Geboorteplaats <i>Place of birth</i>	
Geslacht <i>Gender</i>	M / V
Nummer paspoort / Identiteitskaart <i>Number passport/ID-card</i>	
Plaats van afgifte <i>Place of issue</i>	
Geldig tot <i>Valid until</i>	
Lidnummer Scouting Nederland <i>Membership number</i>	

Zwemmen / Swimming

Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? <i>Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?</i>	☐ ja / yes ☐ nee / no
--	--

Zorgverzekering / Health Insurance

Maatschappij <i>Company</i>	
Polisnummer <i>Policy number</i>	

Contactpersoon in geval van nood / Person to be contacted in case of emergency

Naam <i>Name</i>	
Relatie met de deelnemer <i>Relationship with the participant</i>	
Adres <i>Address</i>	
Postcode en woonplaats <i>Postal code & place of residence</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	
Mobiel nummer <i>Cellphone number</i>	

Medische gegevens / Medical information

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? <i>Does your son's/daughter's health or behavior require special care?</i>	☐ ja / yes ☐ nee / no
Zo ja, welke? <i>If yes, which?</i>	
Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? <i>Does your son/daughter have to take prescribed medicine?</i>	☐ ja / yes ☐ nee / no
Zo ja welke en wanneer? <i>If yes, specify time and name of medicine.</i>	
Is uw zoon/dochter allergisch? <i>Is your son/daughter allergic?</i>	☐ ja / yes ☐ nee / no
Zo ja, waarvoor? <i>If yes, for what?</i>	
Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma? <i>Is your son/daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?</i>	☐ ja / yes ☐ nee / no

Gezondheidsformulier
Health form



Volgt uw zoon/dochter een dieet?
Does your son/daughter follow a diet?

☐ ja / yes
☐ nee / no

Zo ja, wat?
If yes, what?

Gegevens huisarts / Contact details family doctor

Naam <i>Name</i>	
Adres <i>Address</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	

Gegevens tandarts / Contact details dentist

Naam <i>Name</i>	
Adres <i>Address</i>	
Telefoonnummer <i>Telephone number</i>	

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.

In case I could not be contacted in time, I herewith consent to admittance of my son/daughter to hospital and to treatment in case of an emergency as indicated by a qualified physician.

Handtekeningen ouder(s) / Signature(s) of authorising adult(s)

Datum en plaats: <i>Date and place:</i>	Datum en plaats: <i>Date and place:</i>

Tekenbeet protocol

Op kamp is er een teek verwijderd op de plek van het kruisje.

Beste ouder, noteer dit in uw agenda.

Wanneer men een teek of teken verwijdert, dan is het belangrijk dit te noteren. Het kan zijn dat er na een paar weken een rode kring op de huid verschijnt. Dit kan een symptoom zijn van de ziekte van Lyme. Na een tekenbeet is het belangrijk dat men minimaal 6 maanden goed oplet of er klachten ontstaan. Raadpleeg dan altijd de huisarts.

