

Gezondheidsformulier

Health form



Persoonlijke gegevens / Personal information	
Achternaam <i>Surname</i>	.....
Voornamen <i>Christian names</i>	.....
Roepnaam <i>First name</i>	.....
Adres <i>Address</i>	.....
Postcode <i>Postal code</i>	.....
Woonplaats <i>Place of residence</i>	.....
Telefoonnummer thuis <i>Telephone number home</i>	.....
Godsdienst <i>Religion</i>	.....
Geboortedatum <i>Date of Birth</i>	.....
Geboorteplaats <i>Place of birth</i>	.....
Geslacht <i>Gender</i>	.....
Lidnr Scouting Nederland <i>Membership number</i>	.....
Burger Service Nummer (BSN/sofi-nummer)	.....
Kan en mag uw zoon/dochter zwemmen? <i>Is your son/daughter capable and/or allowed to swim?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes <input type="checkbox"/> nee / no
Zwemdiploma's <i>Swimming Certificates</i>	.....
Nr. paspoort / Identiteitskaart <i>Number passport/ID-card</i>	.....
Plaats van afgifte <i>Place of Issue</i>	.....
Geldig tot <i>Valid until</i>	.....

Verzekering / Insurances		
Aansprakelijkheidsverzekering <i>Liability Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
Ongevallenverzekering <i>Accident Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
Reisverzekering <i>Travel Insurance</i>	Maatschappij <i>Company</i>	Polisnummer <i>Policy number</i>
Zorgverzekering <i>Health Insurance</i>	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>	.....
Email adres <i>Email address</i>	.....

Gezondheidsformulier

Health form



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 van uw zoon/dochter speciale zorg? <i>Does your son's/daughter's health require special care?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Zo ja, welke? <i>If yes, which?</i>	.....
Lijdt uw zoon/dochter aan: ADHD, astma, eczeem, hooikoors, epilepsie of andere aandoeningen? <i>Does your son/daughter suffer from: ADHD, Asthma, Eczema, Hayfever, Epilepsy or other illness?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> 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>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> 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>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Zo ja, waarvoor? <i>If yes, for what?</i>	.....
Volgt uw zoon/dochter een dieet? <i>Does your son/daughter follow a diet?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no
Zo ja, wat? <i>If yes, what?</i>	.....
Is uw zoon/dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma? <i>Is your son/daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?</i>	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nee / no

Gegevens arts / address physician		
Naam en adres huisarts <i>Name and address family doctor</i>	Naam / Name	
	Adres / Address	
	Telefoon / Telephone	
Naam en adres tandarts <i>Name and address dentist</i>	Naam / Name	
	Adres / Address	
	Telefoon / Telephone	

Ondertekening / Signing		
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.	Datum <i>Date</i>	Handtekening ouder/verzorger <i>Signature parent/guardian</i>
.....
<i>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.</i>		

Gezondheidsformulier

Health form



Toelichting voor de ouders/verzorgers

Dit medisch formulier is een algemeen formulier dat zowel in Nederland als in het buitenland te gebruiken is voor Maggy Lekeux scoutingactiviteiten en (landelijke) evenementen. In specifieke gevallen kan het noodzakelijk of wenselijk zijn dat wij aan u aanvullende gegevens vragen.

Contactpersoon

Het is belangrijk over gegevens van het thuisfront te beschikken. Bent u als ouders/verzorgers tijdens een kamp namelijk niet of slecht bereikbaar, is het verstandig ook gegevens van andere achterblijvers beschikbaar te hebben.

Meer ruimte

Het kan zijn dat er meer ruimte nodig is voor het weergeven van informatie over medische aandoeningen, diëten, allergieën of medicijngebruik. Hierover kan een bijlage worden bijgevoegd.

Privacy

Uiteraard zorgt de Maggy Lekeux ervoor dat het ingevulde formulier met zorg bewaard wordt. Het gaat om privacygevoelige gegevens waarbij het niet wenselijk is dat deze voor anderen dan de stafleden en eventuele artsen te lezen zijn. Wanneer de gegevens niet meer nodig zijn zullen we worden vernietigd.

Wijzigingen

Er kunnen uiteraard veranderingen optreden in de medische omstandigheden, contact- en verzekeringsgegevens, et cetera. Laat dit de betreffende leiding zo spoedig mogelijk weten.

Paspoort / Identiteitskaart

De gegevens over de reisdocumenten zijn met name van belang bij reizen naar het buitenland. Het is hierbij ook belangrijk te zorgen voor een kopie van de identiteitspapieren. Bij diefstal of verlies kan zo sneller een duplicaat aangevraagd worden bij de ambassade of het consulaat.

Ondertekening

Ondertekening van het formulier is belangrijk om in geval van calamiteiten te kunnen handelen. Bij oudere deelnemers (18+) moet in plaats van de ouder/verzorger, natuurlijk de deelnemer zelf ondertekenen.

Mocht er zich een voorval voordoen waarbij de betreffende stafleden geen inschatting kunnen/willen maken van de medische situatie, dan zal ten alle tijden de medische sector worden geraadpleegd.

Verklaring medicijngebruik
Stg. Sc. Maggy Lekeux Laren-Eemnes

Ondergetekende verklaart dat de stafleden van Scouting Maggy Lekeux Laren-Eemnes de onder genoemde medicatie mag toedienen aan onder genoemd kind.

Naam ouder / verzorger:

Naam kind:

Geboortedatum kind:

Het kind neemt de medicatie **wel / niet** zelfstandig in.
(Doorhalen wat niet van toepassing is)

Naam leiding die de medicatie mag toedienen:

Naam medicatie (zoals op verpakking):

Medicatie dient te worden verstrekt van:

Begin datum:tot eind datum

Dosering (zoals staat aangegeven op verpakking):

Tijdstip:

Gezondheidsformulier

Health form



Medicatie dient te worden toegediend op de volgende manier:

Houdbaarheid medicatie (zoals op verpakking):

Medicatie dient op de volgende manier bewaard te worden:

Voor akkoord,

Handtekening ouder/verzorger:

Handtekening stafid:

Datum:

Gezondheidsformulier

Health form



Naam Medicatie	Naam stafid welke medicatie toedient	Datum van toedienen	Tijdstip van toedienen	Paraaf stafid na toediening