

Scouting Burgemeester Welschen Groep Meerhoven Gezondheidsformulier¹

Dit document is alleen bestemd voor officieel gebruik in medische noodsituaties. Ondergetekende ziet er op toe dat de hierop gegeven informatie niet in bezit komt van onbevoegden.
This document is intended for official use only for medical emergency. Undersigned will take care that the on this form given information will not get into the hands of unauthorized persons.

Getekend:

Signed:



<p>1. Persoonlijke gegevens: <i>Personal identity:</i></p> <p>Achternaam <i>Surname:</i></p> <p>Voornaam: <i>First name:</i></p> <p>Geb. datum: <i>Date of birth:</i></p> <p>Geslacht: <i>Sex:</i></p> <p>Adres: <i>Address:</i></p> <p>Postcode <i>Zip code:</i></p> <p>Woonplaats: <i>City:</i></p> <p>Telefoon: <i>Telephone:</i></p> <p>In noodgevallen waarschuwen: <i>In case of emergency warn:</i></p> <p>Naam: <i>Name:</i></p> <p>Adres: <i>Address:</i></p> <p>Woonplaats: <i>City:</i></p> <p>Telefoon thuis: <i>Home phone:</i></p> <p>Telefoon werk: <i>Work phone:</i></p> <p>Huisarts: <i>Doctor:</i></p> <p>Naam: <i>Name:</i></p> <p>Adres: <i>Address:</i></p> <p>Woonplaats: <i>City:</i></p> <p>Telefoon: <i>Telephone:</i></p>	<p>2. Ziektekosten verzekering: <i>Health Insurance:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Ziektekosten verzekering <i>Health insurance</i></p> <p><input type="checkbox"/> Dekking medische kosten buitenland <i>Cover medical costs abroad</i></p> <p>Naam verzekering: <i>Name insurance:</i></p> <p>Polis nummer: <i>Policy number:</i></p> <p>Overige verzekeringen: <i>Other insurances:</i></p> <p><input type="checkbox"/> Wettelijke aansprakelijkheidsverzekering <i>Legal liability insurance</i></p> <p><input type="checkbox"/> Doorlopende reisverzekering <i>Passthrough travel insurance</i></p> <p>3. Belangrijke medische informatie: <i>Important medical information:</i></p> <p>Kruis aan indien van toepassing: <i>Check if applicable:</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Astma <i>Asthma</i></td> <td><input type="checkbox"/> Bronchitis <i>Bronchitis</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Eczeem <i>Eczema</i></td> <td><input type="checkbox"/> Epilepsie <i>Epilepsy</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hartafwijking <i>Heart problems</i></td> <td><input type="checkbox"/> Overige ziektes <i>Remaining sicknesses</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetes <i>Diabetes</i></td> <td></td> </tr> </table> <p>Nadere verklaring: <i>Further details:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Astma <i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/> Bronchitis <i>Bronchitis</i>	<input type="checkbox"/> Eczeem <i>Eczema</i>	<input type="checkbox"/> Epilepsie <i>Epilepsy</i>	<input type="checkbox"/> Hartafwijking <i>Heart problems</i>	<input type="checkbox"/> Overige ziektes <i>Remaining sicknesses</i>	<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Diabetes</i>	
<input type="checkbox"/> Astma <i>Asthma</i>	<input type="checkbox"/> Bronchitis <i>Bronchitis</i>								
<input type="checkbox"/> Eczeem <i>Eczema</i>	<input type="checkbox"/> Epilepsie <i>Epilepsy</i>								
<input type="checkbox"/> Hartafwijking <i>Heart problems</i>	<input type="checkbox"/> Overige ziektes <i>Remaining sicknesses</i>								
<input type="checkbox"/> Diabetes <i>Diabetes</i>									

¹ Dit formulier wordt verwerkt volgens onze privacyverklaring, zie <https://www.scoutingmeerhoven.nl/informatie/privacy.html> voor details.

Scouting Burgemeester Welschen Groep Meerhoven Gezondheidsformulier

<p>3. Belangrijke medische informatie (vervolg): <i>Important medical information (continued):</i></p> <p><input type="checkbox"/> De gezondheid van mijn kind vraagt speciale zorg <i>The health of my child requires special care</i></p> <p>Zo ja, welke: <i>If so, which:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Heeft of gebruikt uw kind het volgende: <i>Does your child have or use:</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bril <i>Glasses</i></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Beugel <i>Dental brace</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Contactlenzen <i>Contact lenses</i></td> <td><input type="checkbox"/> Medicijnen <i>Medecines</i></td> </tr> </table> <p>Zo ja, welke medicijnen en wanneer: <i>If so, which medicines and when:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<input type="checkbox"/> Bril <i>Glasses</i>	<input type="checkbox"/> Beugel <i>Dental brace</i>	<input type="checkbox"/> Contactlenzen <i>Contact lenses</i>	<input type="checkbox"/> Medicijnen <i>Medecines</i>	<p>4. Medische geschiedenis: <i>Medical history:</i></p> <p>Hij/zij is ingeënt tegen (plus datum laatste inenting): <i>He/she has been vaccinated (plus date last vaccination):</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> DTP <i>DTP</i></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Kinkhoest <i>Whooping-cough</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mazelen <i>Measles</i></td> <td><input type="checkbox"/> Pokken <i>Smallpox</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Polio <i>Polio</i></td> <td><input type="checkbox"/> Tetanus <i>Tetanus</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Typhus <i>Typhus</i></td> <td></td> </tr> </table> <p>Hij/zij heeft de volgende ziektes gehad (plus datum): <i>He/she has had the following sicknesses (plus date):</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bof <i>Mumps</i></td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Bronchitis <i>Bronchitis</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mazelen <i>Measles</i></td> <td><input type="checkbox"/> Oorontsteking <i>Otitis</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rode hond..... <i>Rubella</i></td> <td><input type="checkbox"/> Tuberculose <i>Tuberculose</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Waterpokken..... <i>Chicken pox</i></td> <td></td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> DTP <i>DTP</i>	<input type="checkbox"/> Kinkhoest <i>Whooping-cough</i>	<input type="checkbox"/> Mazelen <i>Measles</i>	<input type="checkbox"/> Pokken <i>Smallpox</i>	<input type="checkbox"/> Polio <i>Polio</i>	<input type="checkbox"/> Tetanus <i>Tetanus</i>	<input type="checkbox"/> Typhus <i>Typhus</i>		<input type="checkbox"/> Bof <i>Mumps</i>	<input type="checkbox"/> Bronchitis <i>Bronchitis</i>	<input type="checkbox"/> Mazelen <i>Measles</i>	<input type="checkbox"/> Oorontsteking <i>Otitis</i>	<input type="checkbox"/> Rode hond..... <i>Rubella</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculose <i>Tuberculose</i>	<input type="checkbox"/> Waterpokken..... <i>Chicken pox</i>	
<input type="checkbox"/> Bril <i>Glasses</i>	<input type="checkbox"/> Beugel <i>Dental brace</i>																				
<input type="checkbox"/> Contactlenzen <i>Contact lenses</i>	<input type="checkbox"/> Medicijnen <i>Medecines</i>																				
<input type="checkbox"/> DTP <i>DTP</i>	<input type="checkbox"/> Kinkhoest <i>Whooping-cough</i>																				
<input type="checkbox"/> Mazelen <i>Measles</i>	<input type="checkbox"/> Pokken <i>Smallpox</i>																				
<input type="checkbox"/> Polio <i>Polio</i>	<input type="checkbox"/> Tetanus <i>Tetanus</i>																				
<input type="checkbox"/> Typhus <i>Typhus</i>																					
<input type="checkbox"/> Bof <i>Mumps</i>	<input type="checkbox"/> Bronchitis <i>Bronchitis</i>																				
<input type="checkbox"/> Mazelen <i>Measles</i>	<input type="checkbox"/> Oorontsteking <i>Otitis</i>																				
<input type="checkbox"/> Rode hond..... <i>Rubella</i>	<input type="checkbox"/> Tuberculose <i>Tuberculose</i>																				
<input type="checkbox"/> Waterpokken..... <i>Chicken pox</i>																					
<p>5. Overigen: <i>Others:</i></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Ja/Yes</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">Nee/No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Kan hij/zij zwemmen? <i>Can he/she swim?</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Mag hij/zij zwemmen? <i>Is he/she allowed to swim?</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Kan hij/zij aan alle activiteiten meedoen? <i>Is he/she able to join in all activities?</i></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> <p>Uitzonderingen: <i>Exceptions:</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Zijn er nog verdere aanbevelingen? <i>Are there any further recommendations?</i></p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>		Ja/Yes	Nee/No	Kan hij/zij zwemmen? <i>Can he/she swim?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Mag hij/zij zwemmen? <i>Is he/she allowed to swim?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kan hij/zij aan alle activiteiten meedoen? <i>Is he/she able to join in all activities?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>5. Verklaring: Statement:</p> <p>Hierbij verklaar ik, ondergetekende, de gegevens in de secties één tot en met zes van dit formulier naar waarheid en naar mijn beste weten te hebben ingevuld. Ik geef mijn toestemming voor volledige deelname aan programma's met uitzondering op de op dit formulier als zodanig aangegeven activiteiten. In geval van nood, dat ter beoordeling van een arts, geef ik toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, indien niet mogelijk bleek tijdig contact met mij op te nemen.</p> <p><i>I, undersigned, hereby declare that the information in section none through six of this form are fully completed, truthfully and to the best of my knowledge. I give my permission for full participation in activities, with the exception of the ones noted on this form.</i></p> <p><i>In case of medical emergency, by judgment of a physician, I give my permission to have my son/daughter admitted and treated in a hospital, in the event I could not be reacted in a shortly fashion.</i></p> <p>Datum ondertekening: <i>Date signed:</i></p> <p>Handtekening van onder sectie één genoemde persoon, of ouder/verzorger indien persoon geen 18 is: <i>Signature of the person mentioned in section one, of parent/guardian if person is under 18:</i></p> <p>.....</p>								
	Ja/Yes	Nee/No																			
Kan hij/zij zwemmen? <i>Can he/she swim?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Mag hij/zij zwemmen? <i>Is he/she allowed to swim?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
Kan hij/zij aan alle activiteiten meedoen? <i>Is he/she able to join in all activities?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
<p>5. Vernieuwde verklaring: Renewed statement:</p> <p>Hierbij verklaar ik, ondergetekende, dat alle gegevens op dit formulier nog steeds kloppen of zijn aangepast en voldoen aan de voorwaarde zoals die onder sectie zes zijn genoemd. <i>I, undersigned, hereby declare that all information on this form still fits in or has been modified and are still correct as required by the declaration made under section six.</i></p>	<p>1. Datum: <i>Date :</i></p> <p>Handtekening <i>Signature:</i></p> <p>2. Datum: <i>Date :</i></p> <p>Handtekening <i>Signature:</i></p>																				