MEDISCHE FICHE

Met deze individuele medische fiche geven ouder(s) of voogd alle noodzakelijke inlichtingen m.b.t. de relevante medische voorgeschiedenis en noden van hun kind. Deze gevoelige informatie wordt door de leiding steeds met de nodige discretie behandeld. Geef relevante wijzigingen m.b.t. de gezondheidstoestand van uw Kringer steeds zo snel mogelijk door aan de leiding via een nieuw ingevulde fiche. Geef, indien mogelijk, steeds de Europese ziekteverzekeringskaart mee, alsmede enkele klevertjes van het ziekenfonds waarbij uw kind is aangesloten

IDENTITEITSGEGEVENS

Naam:
Voornaam:
Geboortedatum:
Straatnaam en huisnummer:
Postcode + gemeente:
Telefoonnummer kind:
Naam ouder(s)/voogd + telefoonnummer(s):

MEDISCHE GEGEVENS

Naam en telefoonnummer huisarts:

Bloedgroep met resusfactor:
Relevante uitgevoerde heelkundige ingrepen, indien van toepassing:

Werd uw kind gevaccineerd tegen tetanus, indien ja, wanneer?
Heeft uw kind implantaten?
Heeft uw kind protheses?
Heeft uw kind allergieën? Indien ja, welke?

Reageerde uw kind ooit nefast op specifieke geneesmiddelen of verdoving? Indien ja, welke?

Lijdt uw kind aan een van volgende aandoeningen?

- ☐ astma
- ☐ bedplassen
- ☐ diabetes mellitus
  - type:
- ☐ epilepsie
  - type:
- ☐ hartaandoening
  - type:
- ☐ hooikoorts
- ☐ huidaandoening
  - type:
- ☐ slaapwandelen
- ☐ reumatische aandoening
  - type
- ☐ verminderd zicht
- ☐ andere:

Dient uw kind geneesmiddelen te nemen tijdens het verblijf? Indien ja, welke? Vermeld hierbij de dosis, de frequentie en de toedieningsvorm.

Beschikt uw kind over specifieke noodmedicatie (bijv. epipen)? Indien ja, welke? Hoe dient deze bewaard te worden?

Kan uw kind zwemmen?

Kan uw kind deelnemen aan reguliere sport- en spelactiviteiten?

Is uw kind snel vermoeid?

Eet uw kind vegetarisch, veganistisch of halal?

U geeft toestemming aan de leiding om, in geval van hoogdringendheid, een vrij bij de apotheek verkrijgbaar koorts- en/of pijnstillend geneesmiddel toe te dienen binnen de types ibuprofen (Nurofen®), acetylsalicylzuur (Aspirine®) en paracetamol (Dafalgan®, Perdolan®).

☐ Ja ☐ Nee

Zijn er andere relevante medische gegevens die u belangrijk vindt om mee te delen?

Ondergetekende verklaart dat de ingevulde gegevens volledig en correct zijn.

Voornaam en naam:

Datum:

Handtekening: