

MEDISCHE FICHE

*Gelieve deze fiche zo gedetailleerd mogelijk in te vullen, zodat wij uw kind, indien het geval zich voordoet, zo goed mogelijk kunnen helpen.

IDENTITEIT KIND

Naam en voornaam:

Geboortedatum:/...../.....

Adres :

Telefoonnummer:

Gsm-nummer(s):.....

Telefoonnummer waar lid van het gezin gedurende de dag gebeld kan worden (vb. werk):

.....

Namen ouders/voogden:

MEDISCHE FICHE

Grootte: Gewicht:

Naam, adres en telefoonnummer huisarts:

.....

Werd uw kind gevaccineerd tegen klem (tetanus)? JA - NEE Jaar:.....

Heeft uw kind onwillekeurige urinelozingen? JA – NEE – regelmatig – vooral 's nachts

.....

Is uw kind allergisch voor geneesmiddelen? JA – NEE

.....

Is uw kind allergisch voor bepaalde stoffen of levensmiddelen? JA – NEE Welke?

.....

Is uw kind gevoelig aan (Kruis aan indien van toepassing)

Keel – en oorontsteking

Neusbloedingen

Reisziekte

Wat zijn de normale behandelingen hiervoor?

.....

Is uw kind vlug moe? JA – NEE

.....

Is uw kind gemakkelijk verkouden? JA - NEE

.....

Mogen wij uw kind, indien nodig, een pijnstiller geven? JA - NEE

.....

Lijdt uw kind aan (Kruis aan indien van toepassing)

- | | |
|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Suikerziekte | <input type="checkbox"/> Huidaandoeningen |
| <input type="checkbox"/> Astma | <input type="checkbox"/> Slaapwandelen |
| <input type="checkbox"/> Hartkwaal | <input type="checkbox"/> Hooikoorts/Huisstofmijt |
| <input type="checkbox"/> Nierziekte | <input type="checkbox"/> Bloedstollingsproblemen |
| <input type="checkbox"/> Braken | <input type="checkbox"/> Stuipe |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie | <input type="checkbox"/> Spierziekte |

Verduidelijken indien mogelijk:

.....
.....
.....

Heeft uw kind geelzucht gehad? JA – NEE

Maakt uw kind snel koorts? JA – NEE

Welke ziekten of heelkundige ingrepen heeft uw kind vroeger doormaakt? Wanneer?

.....
.....

Heeft uw kind problemen met verdovingen? JA – NEE – Niet geweten

.....

Mag uw kind deelnemen aan normale jeugd(vakantie) activiteiten? (Kruisje = JA)

- | | |
|--------------------------------|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sport | <input type="checkbox"/> Trektocht |
| <input type="checkbox"/> Spel | <input type="checkbox"/> Zwemmen |

Opmerkingen:.....

.....

Moet uw kind tijdens de vakantie geneesmiddelen innemen? JA – NEE

WELKE	WANNEER	HOEVEEL

Wij geven KLJ de toestemming te tekenen voor toestaan van verdoving van ons kind indien nodig.

JA – enkel na telefonisch contact - NEE

Andere inlichtingen of opmerkingen:

.....
.....
.....

HANDTEKENING