



## Gezondheidsformulier (*Health Form*)

Achternaam (*Surname*)

Voornamen (*Christian names*)

Roepnaam (*First name*)

Geslacht  
(*Sex*)

M/V  
(*Male/Female*)

Adres (*Address*)

Postcode en woonplaats  
(*Postalcode and town*)

Geboortedatum (*Date of Birth*)

Godsdienst  
(*Religion*)

Groep/klas school

Lidmaatschapsnummer  
(*Membership number*)

Ziekenfonds/ziektelkostenverz.  
(*Sick-fund Medical insurance*)

Naam  
(*Name*)

Nummer  
(*number*)

### Contactpersoon in geval van nood (*Person to be notified in case of emergency*)

Naam (*Name*)

Adres (*Address*)

Postcode en woonplaats  
(*Postalcode and town*)

Telefoon (*Telephone*)

+31

Mobiel nummer (*Mobile number*)

+31

E-mail adres (*Email address*)

Naam huisarts  
(*Name family doctor*)

Telefoon (*Telephone*)

+31

Inentingenvolgens het rijksvaccinatieprogramma (RVP)  
(*Vaccinations according to Dutch vaccination program (RVP)*)

Ja/Nee  
(*yes/No*)

Moet uw kind 's nachts wakker worden gemaakt om te plassen  
*IS you're child bed-wetting*

Ja/Nee  
(*yes/No*)

Kan en mag uw kind zwemmen?  
(*Is your child capable and/or allowed to swim?*)

Ja/Nee  
(*yes/No*)

Diploma's (*Certificates*)

### Dieet/voeding (*Diet*)

Volgt uw kind een bepaald dieet (bv. Vegetarisch, geen varkensvlees; glute-vrij)  
(*Is your child on a certain diet (e.g. vegetarian, no pork)*)

---

---

## Medische Informatie (*medical information*)

Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg? Zoals:

(*Does the health of your son/daughter need special care? For example:*)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Eczeem/psoriasis ( <i>eczema/psoriasis</i> )       | <input type="checkbox"/> Gewrichtsproblemen ( <i>Jointproblems</i> )                       |
| <input type="checkbox"/> Astma/Hooikoorts ( <i>Asthma/Hay fever</i> )       | <input type="checkbox"/> Psychische klachten ( <i>Psychological problems</i> )             |
| <input type="checkbox"/> Epilepsie/wegrakingen ( <i>Epilepsy/collapse</i> ) | <input type="checkbox"/> Diabetes/laag suikergehalte ( <i>Diabetes/low glucose level</i> ) |
| <input type="checkbox"/> ADHD ( <i>ADHD</i> )                               | <input type="checkbox"/> Overige klachten ( <i>other complaints</i> )                      |
| <input type="checkbox"/> Dyslexie ( <i>Dyslexia</i> )                       |  |

Svp aankruisen wat van toepassing is, onderstaande regels zijn bedoeld voor verdere informatie.

---

---

---

## Medicijngebruik (*Medication use*)

Medicijnnaam <sup>*1</sup> ( <i>Medication</i> )	Hoeveelheid/frequentie ( <i>Amount/frequency</i> )	Wijze van inname ( <i>way to indigste</i> )	Bijzonderheden ( <i>Details</i> )
Paracetamol 500 mg	1x daags 2 tabletten na het eten	Met beetje water	Donker bewaren

\*1 Indien mogelijk stofnaam vermelden

## Allergieën (*Allergies*)

Denk aan medicijnen; pleisters, jodium, voedingsmiddelen, insectenbeten etc.

Omschrijving <sup>*2</sup> / <i>Description</i>	Lichamelijke reactie / <i>Physical reaction</i>

\*2 Indien mogelijk stofnaam vermelden

Bovenstaande informatie is compleet en naar waarheid ingevuld.

In geval van nood, zulks ter beoordeling van een arts, geef ik toestemming mijn zoon/dochter te laten opnemen en behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, indien het niet mogelijk bleek tijdig contract op te nemen

*Above mentioned information is completely and according to the truth*

*In case of medical emergency, secure proper treatment for and to order surgery etc. for my child, in event I can not be reached.*

	Datum (Date)	Naam (Name)	Handtekening (Signature)
ouder/verzorger (parent/guardian)	_____	_____	_____

