

# Gezondheidsformulier / Health Form



## Persoonlijke gegevens / Personal information

<b>Achternaam</b> <i>Surname</i>	.....	<b>Geslacht</b> <i>Gender</i>	<b>Man / Male</b>
<b>Voornaam</b> <i>First name</i>	.....	<b>Geboortedatum</b> <i>Date of birth</i>	.....
<b>Adres en postcode</b> <i>Address and zip code</i>	.....	<b>Woonplaats</b> <i>Place of residence</i>	.....
<b>Telefoonnummer thuis</b> <i>Home telephone number</i>	.....	<b>GSM nummer scout</b> <i>GSM number scout</i>	.....
<b>GSM nummer moeder</b> <i>GSM number mother</i>	.....	<b>GSM nummer vader</b> <i>GSM number father</i>	.....
<b>Lidnummer Scouting NL</b> <i>Scouting NL membership</i>	.....	<b>Zwemdiploma</b> <i>Swimming certificate</i>	.....

## Legitimatie / ID (Graag invullen bij leden ouder dan 14 jaar / Please supply this information for members 14 years of age and older)

<b>Soort legitimatie</b> <i>Type of ID</i>	<b>Paspoort / Passport</b> <b>ID-kaart / ID-card</b>	<b>ID / paspoort nummer</b> <i>ID-card / Passport number</i>	.....
<b>Plaats van uitgifte</b> <i>Place of issue</i>	.....	<b>Geldig tot</b> <i>Valid until</i>	.....

## Extra contactpersoon in geval van nood / Extra person to be contacted in case of emergency

<b>Naam</b> <i>Name</i>	.....	<b>Soort relatie</b> <i>Type of relationship</i>	.....
<b>Telefoonnummer</b> <i>Telephone number</i>	.....	<b>GSM nummer GSM</b> <i>number</i>	.....

## Verzekeringen / Insurances

<b>Aansprakelijkheidsverzekering</b> <i>Liability Insurance</i>	<b>Maatschappij</b> <i>Company</i>	<b>Polisnummer</b> <i>Policy number</i>	.....
<b>Ongevallenverzekering Accident</b> <i>Insurance</i>	<b>Maatschappij</b> <i>Company</i>	<b>Polisnummer</b> <i>Policy number</i>	.....
<b>Reisverzekering</b> <i>Travel Insurance</i>	<b>Maatschappij</b> <i>Company</i>	<b>Polisnummer</b> <i>Policy number</i>	.....
<b>Zorgverzekering</b> <i>Health Insurance</i>	<b>Maatschappij</b> <i>Company</i>	<b>Polisnummer</b> <i>Policy number</i>	.....
<b>Annuleringsverzekering</b> <i>Cancellation Insurance</i>	<b>Maatschappij</b> <i>Company</i>	<b>Polisnummer</b> <i>Policy number</i>	.....

## Sociale achtergrond / Social background (Graag relevante informatie voor onze vrijwilligers / Please add relevant information for our volunteers)

<b>Thuisituatie</b> <i>Home environment</i>	.....
<b>School</b> <i>School</i>	.....
<b>Gedrag</b> <i>Behavior</i>	.....

## Gegevens arts / address physician

<b>Huisarts</b> <i>Family doctor</i>	<b>Naam</b> <i>Name</i>	<b>Adres</b> <i>Address</i>	<b>Telefoon</b> <i>Telephone</i>
<b>Tandarts</b> <i>Dentist</i>	<b>Naam</b> <i>Name</i>	<b>Adres</b> <i>Address</i>	<b>Telefoon</b> <i>Telephone</i>
<b>Specialist</b> <i>Specialist</i>	<b>Naam</b> <i>Name</i>	<b>Adres</b> <i>Address</i>	<b>Telefoon</b> <i>Telephone</i>
<b>Soort Specialist / type of specialist:</b> .....			

# Gezondheidsformulier / Health Form



**Medische staat / Medical state** (Gebruik het speciale bijlage vel wanneer u extra ruimte nodig / Please use the special attachment sheet for more space)

<b>Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg?</b> <i>Does your son's / daughter's health require special care?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>
<b>Zo ja, welke?</b> <i>If yes, which?</i>	_____
<b>Heeft uw zoon / dochter een aandoening?</b> Epilepsie, eczeem, hooikoorts etc. <i>Does your son / daughter suffer from: Epilepsy, eczema, hay fever or an other illness?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>
<b>Zo ja, welke?</b> <i>If yes, which?</i>	_____
<b>Heeft uw zoon / dochter een allergie?</b> <i>Is your son / daughter allergic?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>
<b>Zo ja, welke? Wat is dan de reactie en hoe te handelen?</b> <i>If yes, which? What will the reaction be and how to treat it?</i>	_____
<b>Is uw zoon / dochter gevaccineerd volgens het Rijksvaccinatieprogramma?</b> <i>Is your son / daughter vaccinated according to the Dutch vaccination program?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>

**Medicijnen / Medicines** (Gebruik het speciale bijlage vel wanneer u extra ruimte nodig / Please use the special attachment sheet for more space)

<b>Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen?</b> <i>Does your son / daughter require to take medicines?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>																									
<table border="1"><thead><tr><th>Reden / reason for use</th><th>Medicijnnaam / medicine name</th><th>Frequentie / Frequency</th><th>Hoeveelheid / amount</th><th>Wijze van inname / How to use</th></tr></thead><tbody><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></tbody></table>	Reden / reason for use	Medicijnnaam / medicine name	Frequentie / Frequency	Hoeveelheid / amount	Wijze van inname / How to use																					
Reden / reason for use	Medicijnnaam / medicine name	Frequentie / Frequency	Hoeveelheid / amount	Wijze van inname / How to use																						
<b>Extra info / opmerkingen</b> <i>Extra information / comments</i>	_____																									

**Mentale staat / Mental state** (Gebruik het speciale bijlage vel wanneer u extra ruimte nodig / Please use the special attachment sheet for more space)

<b>Heeft uw zoon/dochter snel last van heimwee?</b> <i>Does your son / daughter suffer from homesickness?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>
<b>Hoe zal uw zoon / dochter een stevige wandeltocht volhouden?</b> <i>How will your son / daughter cope during longer hikes?</i>	_____
<b>Hoe zal uw zoon / dochter een stevige fietstocht volhouden?</b> <i>How will your son / daughter cope during bike rides?</i>	_____

**Voeding / Nutricien** (Gebruik het speciale bijlage vel wanneer u extra ruimte nodig / Please use the special attachment sheet for more space)

<b>Volgt uw zoon/dochter een dieet?</b> <i>Does your son / daughter follow a diet?</i>	<b>Ja / Yes</b> <b>Nee / No</b>
<b>Zo ja, welke?</b> <i>If yes, which?</i>	_____
<b>Wat voor soort voeding lust uw zoon / dochter echt niet?</b> <i>What kind of food does your son / daughter really dislike?</i>	_____

<b>In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik de scoutingleiding 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.</b>	<b>Datum:</b> <i>Date:</i> _____
<i>In case I could not be contacted in time, I herewith consent the scouting leaders to admittance of my son / daughter to a hospital and to treatment in case of an emergency as indicated by a qualified physician.</i>	<b>Handtekening ouder / verzorger:</b> <i>Signature parent / guardian</i> _____

# Gezondheidsformulier / Health Form



## Bijlage / Attachment

Deze bijlage kunt u gebruiken voor wanneer velden niet voldoende ruimte bieden voor de informatie die u wilde verstrekken.

Probeer a.u.b. deze extra informatie overzichtelijk te houden. Geef dus duidelijk aan bij welk veld / welke velden deze extra informatie behoort.