



Dit gezondheidsformulier wordt gebruikt voor activiteiten van Scoutinggroep Stadhouders Willem III/Lady Baden-Powell. Bij aanmelding als vrijwilliger of stamlid, vragen we je om dit formulier in te vullen. Het ingevulde formulier lever je in bij het verantwoordelijke bestuurslid. Je bent zelf verantwoordelijk voor het aanbrengen van wijzigingen of het invullen van een nieuw formulier. Een nieuw formulier kun je vinden in het betreffende bakje van de folderwand in de Stamhut of digitaal op de website (www.sw3lbp.nl). Het oude exemplaar dien je zelf te vernietigen (bijv. via de papierversnipperaars op de groep). De ingeleverde formulieren worden zorgvuldig bewaard achter een cijferslot en zijn alleen bereikbaar voor bestuurders, begeleiders, teamleiders en magazijnbeheerders. Bij uitschrijving wordt het formulier vernietigd.

Word je (bege)leiding of stamlid?

Dan vragen we om toestemming te geven voor het kopiëren van dit formulier welke bij de speleenheid wordt opgeslagen. Indien je geen toestemming geeft, verzoeken we je een los formulier in te vullen voor de speleenheid. De formulieren bij de speleenheden worden zorgvuldig bewaard door de collega-(bege)leiding van jouw eigen speleenheid. Bij het overvliegen naar een volgende speleenheid neem je het huidige formulier mee naar de nieuwe speleenheid.

Ik geef toestemming voor het maken van een kopie

ja nee

PERSOONLIJKE GEGEVENS

GRAAG INVULLEN IN BLOKLETTERS

roepnaam	<input type="text"/>				
voorna(a)m(en)	<input type="text"/>				
tussenvoegsel	<input type="text"/>	achternaam	<input type="text"/>		
adres	<input type="text"/>		huisnr. <input type="text"/>		
postcode	<input type="text"/>	woonplaats	<input type="text"/>		
telefoonnummer	<input type="text"/>				
mobiel nummer	<input type="text"/>				
e-mailadres	<input type="text"/>				
geslacht	<input type="checkbox"/> man	<input type="checkbox"/> vrouw	<input type="checkbox"/> niet-binair <input type="checkbox"/> wil ik niet zeggen		
geboortedatum	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>

CONTACTPERSOON IN GEVAL VAN NOOD

NIET HET ADRES VAN HIERBOVEN, NOTEER DEZE GEGEVENS OOK IN SOL!

naam	<input type="text"/>		
adres	<input type="text"/>		huisnr. <input type="text"/>
postcode	<input type="text"/>	woonplaats	<input type="text"/>
telefoonnummer	<input type="text"/>		
mobielnummer (1)	<input type="text"/>	is van	<input type="text"/>
mobielnummer (2)	<input type="text"/>	is van	<input type="text"/>

VERZEKERINGEN

zorgverzekeraar	<input type="text"/>				
polisnummer	<input type="text"/>				
(Wettelijke Aansprakelijkheids) WA Verzekering	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Reisverzekering	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee	Inzittende verzekering	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nee

GEGEVENS HUISARTS

naam	<input type="text"/>		
adres	<input type="text"/>		huisnr. <input type="text"/>
postcode	<input type="text"/>	woonplaats	<input type="text"/>
telefoonnummer	<input type="text"/>		

GEGEVENS TANDARTS

naam

adres huisnr.

postcode woonplaats

telefoonnummer

MEDISCHE ZAKEN

Lijd je aan bepaalde aandoeningen:
bijvoorbeeld epilepsie, diabetes, hart- en vaatziekte, astma, huid, etc.? ja nee

Zo ja, welke?

Ben je onder behandeling van een specialist? ja nee

Zo ja, vanwege

Behandelend specialist te

Vraagt jouw gezondheid speciale zorg? ja nee

Zo ja, welke?

Gebruik je medicijnen? ja nee

Zo ja, welke en wanneer?

Ben je ergens allergisch voor bijvoorbeeld medicijnen, stoffen, pleisters, wespen, etc.? ja nee

Zo ja, welke?

Zijn er voedingswaren c.q. -stoffen die je beslist niet mag nuttigen? ja nee

Zo ja, welke?

Eventuele opmerkingen/andere zaken van belang

In geval van nood, ter beoordeling van een arts, geef ik hierbij toestemming mij te laten opnemen en te laten behandelen in een ziekenhuis, zonder mijn voorkennis, indien het niet mogelijk bleek tijdig contact op te nemen met de contactpersoon of in het geval dat ik buiten kennis ben. Tevens geef ik hierbij toestemming voor het verwerken van mijn gegevens als gedeeld in dit formulier.

voorletters & achternaam voorletters

achternaam

datum - -

handtekening