



MEDISCHE INLICHTINGENFICHE

Naam:

Geboortedatum:

○ Naam en telefoonnummer huisarts:

○ Naam en telefoonnummer kinderarts:

○ Wie contacteren we in nood wanneer de ouders niet bereikbaar zijn?

Naam:

Tel:

○ Lijdt uw kind aan een bepaalde ziekte? ja neen

Zo ja, welke?

epilepsie

astma

suikerziekte

hartaandoening

andere:.....

Heeft u belangrijke info over de aanpak bij deze ziekte? ja neen

Zo ja, welke?

.....

.....

○ Heeft uw kind een allergie of geneesmiddelenallergie? ja neen

Zo ja, welke?

- Neemt uw kind medicatie? ja neen

Indien ja, gelieve onderstaand schema in te vullen:

Naam medicament	Dosis	Hoe vaak	Hoe laat	Reden

- Wordt er noodmedicatie voorgeschreven voor uw kind (vb. epipen, neusspray bij een aanval of shock)? ja neen

Indien ja, gelieve onderstaand schema in te vullen:

Naam noodmedicament	Dosis	Wanneer	Reden

- Ik geef toestemming om bij een aanval of ongeval beroep te doen op de spoedgevallenafdeling van het AZ Glorieux ja neen

Wanneer een dergelijke situatie zich voordoet, worden de ouders onmiddellijk telefonisch verwittigd door een medewerker/verantwoordelijke. De verantwoordelijke vergezelt het kind naar de spoedgevallenafdeling, liefst samen met de ouder(s). Er wordt in geen geval (nood)medicatie toegediend door een medewerker van het CAR Glorieux.

- Zijn er bepaalde aandachtspunten waar we tijdens de therapie en/of activiteiten rekening mee moeten houden? ja neen

Zo ja, welke?

Ondergetekende verklaart dat de ingevulde medische gegevens volledig en correct zijn en verbindt zich er toe wijzigingen onmiddellijk te melden aan het CAR Glorieux.

ZORGGEBRUIKER OF
WETTELIJKE VERTEGENWOORDIGER
(Naam, handtekening, plaats, datum)

HUISARTS of BEHANDELLENDE ARTS
(Stempel, handtekening, plaats, datum)