

## Gezondheidsverklaring en bijzonderheden t.b.v. deelnemers kampgroep KVW Reeshof

Dit formulier is bedoeld om toestemming en instructies vast te leggen indien de deelnemer gebruik maakt van medicijnen tijdens de activiteiten van Stichting Kindervakantiewerk Reeshof. Dit formulier is een aanvulling op de bijzonderheden die u hebt beschreven op het inschrijfformulier.

Daarnaast vragen wij u om informatie over de deelnemer met betrekking tot klachten die ook behoren bij het Covid-19 virus en vragen wij u om toestemming om gegevens te mogen delen met de GGD voor bron- contactonderzoek wanneer dit nodig is vanwege een besmetting met het coronavirus.

**Naam:** \_\_\_\_\_ **Groep:** \_\_\_\_\_ (in te vullen door coördinator)

**Geboortedatum:** \_\_\_\_\_

**Vraagt de gezondheid van uw zoon/dochter speciale zorg? Zo ja, welke?**

<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja, namelijk
---------------------------	------------------------------------

**Volgt uw zoon/dochter een dieet? Zo ja, welk? Indien vegetarisch dit ook graag vermelden.**

<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja, namelijk
---------------------------	------------------------------------

**Heeft uw zoon/dochter last van bijvoorbeeld astma, eczeem, hooikoorts, epilepsie, allergieën, ADHD, autisme?**

<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja, namelijk
---------------------------	------------------------------------

**Gebruikt uw zoon/dochter medicijnen? Zo ja, dan onderstaand schema invullen.**

<input type="radio"/> Nee	<input type="radio"/> Ja, namelijk
---------------------------	------------------------------------

### Medicijnverklaring

Hierbij geef ik toestemming aan Stichting KinderVakantieWerk Reeshof (KVW) om bovengenoemde deelnemer de hierna beschreven medicatie toe te dienen tijdens de activiteiten van KVW. Deze medicatie is de eerste keer thuis toegediend. KVW is nadrukkelijk niet aansprakelijk voor eventuele bijwerkingen die kunnen optreden als gevolg van het toedienen door vrijwilligers van KVW van deze medicatie.

Naam medicijn: \_\_\_\_\_

Manier van toedienen:  Mond  Neus  Oor  Huid  Anders, namelijk: \_\_\_\_\_

Dosering

Wanneer toedienen:  Bij klachten, namelijk: \_\_\_\_\_

Op vaste tijden, deze graag invullen in het schema

Bijwerkingen van medicijnen:  Nee  Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Bijzonderheden wat betreft bewaren (bijvoorbeeld donker of temperatuur): \_\_\_\_\_

Overige bijzonderheden m.b.t. het medicijn: \_\_\_\_\_

Het medicijn wordt verstrekt op voorschrift van:

Medisch specialist, namelijk: \_\_\_\_\_

Ouder/ verzorger zelf

### Covid 19

De bovengenoemde deelnemer heeft chronische klachten die ook horen bij de klachten van het Covid-19 virus (bijvoorbeeld astma, hooikoorts of chronische luchtwegklachten)

Nee

Ja, namelijk: \_\_\_\_\_

Ik geef toestemming om indien nodig, de nodige gegevens van de deelnemer te delen met de GGD voor bron- en contactonderzoek wanneer er sprake is van een besmetting met het coronavirus

Nee

Ja

TIJDSTIP	NAAM MEDICIJN	AANTAL	OPMERKINGEN (bijvoorbeeld voor of na het eten)
<b>Maandag</b>			
<b>Dinsdag</b>			
<b>Woensdag</b>			
<b>Donderdag</b>			
<b>Vrijdag</b>			

De gegevens van dit formulier worden verwerkt zoals beschreven in de privacyverklaring van KVV Reeshof. Door ondertekening van dit formulier verklaart u dat u dit formulier naar waarheid heeft ingevuld.

Datum	Naam ouder/verzorger	Handtekening ouder/verzorger
-------	----------------------	------------------------------

