

## Gezondheidsverklaring

Dit formulier is bedoeld om toestemming en instructies te vragen indien de deelnemer gebruik moet maken van medicijnen, tijdens de activiteiten van Stichting Kindervakantiewerk Reeshof. Dit formulier is een aanvulling op de bijzonderheden die u beschreven heeft op het inschrijfformulier. Daarnaast vragen wij om informatie over de deelnemer met betrekking tot klachten die ook behoren bij het Covid-19 virus en vragen wij toestemming om uw gegevens en de gegevens van de deelnemers te mogen delen met de GGD voor bron- contactonderzoek indien nodig bij een positieve besmetting.

### Gegevens ouders/ verzorgers:

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

### Gegevens deelnemer:

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

Groep: \_\_\_\_\_ A / B / C / D / Kamp

### 1. Medicijnverklaring

De bovengenoemde deelnemer dient tijdens de activiteiten van KVV Reeshof medicijnen toegediend te krijgen:

Nee, ga verder naar vraag 2.

Ja, ga verder naar vraag 1.1.

#### 1.1.

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

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

Manier van toedienen:  Mond  Neus  Oor  huid  anders, namelijk: \_\_\_\_\_

Dosering: \_\_\_\_\_

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

Op vaste tijden, namelijk: \_\_\_\_\_

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

Bijzonderheden qua bewaren (bijvoorbeeld donker of temperatuur): \_\_\_\_\_

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

Het medicijn wordt verstrekt op voorschrift van:

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

Ouder/ verzorger zelf

### 2. 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: \_\_\_\_\_

### 3. 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 positieve besmetting.

Nee

Ja

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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ -2021

Handtekening ouder/verzorger:

Handtekening coördinator:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_