



# INDIVIDUELE MEDISCHE STEEKKAART

Deze steekkaart moet door de ouders of een geneesheer zorgvuldig ingevuld worden. Zo kan er rekening gehouden worden met de behoeften en mogelijkheden van het kind tijdens zijn of haar vakantieverblijf.

Als je't mij vraagt:  
**CHIRO**

## LET OP!

Van elk kind moet je ook de SIS-KAART meenemen. Vooral bij de apotheker heb je die nodig. Daarnaast vraag je per kind ook twee KLEEFBRIEFJES van het ziekenfonds. Die heb je nog altijd nodig voor radiografie of laboratoriumonderzoek.

## IDENTITEIT VAN HET KIND

Naam \_\_\_\_\_

Voornamen \_\_\_\_\_

Adres \_\_\_\_\_

Tel. waar iemand van het gezin bereikt kan worden \_\_\_\_\_

## MEDISCHE GEGEVENS

Naam en tel.nr. van uw huisarts \_\_\_\_\_

Bloedgroep - rhesusfactor \_\_\_\_\_

Vroegere ziekten of heelkundige ingrepen \_\_\_\_\_

Uw kind lijdt aan  suikerziekte,  astma,  hartkwaal,  epilepsie,  reuma,  huidaandoening,  slaapwandelen,  allergie voor bepaald eten,  allergie voor bepaalde stoffen,  hooikoorts

Moeten hiervoor speciale medicatie of behandelingen toegepast worden? \_\_\_\_\_

Laat aan de leiding weten wat er in noodsituaties moet gebeuren.

Werd het kind gevaccineerd tegen klem (tetanus)  ja  neen, zo ja in welk jaar? \_\_\_\_\_

Kreeg het kind al serum tegen klem (tetanus)  ja  neen, zo ja wanneer? \_\_\_\_\_

Is het kind bijzonder gevoelig of allergisch voor:

► geneesmiddelen?  ja  neen, zo ja welke? \_\_\_\_\_

► bepaalde stoffen of levensmiddelen?  ja  neen, zo ja welke? \_\_\_\_\_

Is het kind incontinent (bedwateren)?  ja  neen  dikwijls

Is het kind vlug moe?  ja  neen

Kan het deelnemen aan sport (baden inbegrepen) en spel afgestemd op zijn/haar leeftijd?  ja  neen

Moet het kind tijdens het vakantieverblijf geneesmiddelen innemen?  ja  neen

zo ja welke, hoe dikwijls en hoeveel? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ADVIES MEDISCH SCHOOLTOEZICHT

Datum van het laatste geneeskundig schoolonderzoek \_\_\_\_\_

Waren er opmerkingen in verband met vakantieverblijven?  ja  neen

zo ja welke: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## ANDERE INLICHTINGEN

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum & handtekening

*De ingevulde gegevens worden strikt vertrouwelijk behandeld.  
Ze worden alleen gebruikt door de leiding en eventuele medische dienstverleners.*