

Medische Fiche

NAAM VAN HET KIND (naam en voornaam):

ADRES:

TELEFOON:

GEBOORTEDATUM:

NAAM EN TELEFOON HUISARTS:

ZIEKENFONDS:

Welke ziekten of heelkundige ingrepen heeft het kind vroeger doorgemaakt?:

.....

.....

Lijdt het kind aan diabetes – astma – hartkwaal – epilepsie – huidaandoening – hyperventilatie – of een andere ziekte ?

.....

Is het kind bijzonder gevoelig of allergisch voor:

1. Geneesmiddelen: neen / ja , voor:.....
2. Bepaalde stoffen of levensmiddelen: neen / ja , voor:

Is het kind vlug moe?: neen / ja

Kan het kind deelnemen aan sport en spel afgestemd op zijn leeftijd?: neen / ja

Kan het kind zwemmen (minstens 25 meter)? : neen / ja

Heeft het kind slaapstoornissen?: neen / ja

Kan het kind slecht inslapen? : neen / ja

Doet het kind aan slaapwandelen?: neen / ja

Heeft het kind nachtmerries?: neen / ja

Heeft het kind nog steeds last van bedwateren?: neen / ja

Is het kind gevaccineerd tegen tetanos (klem)? : neen / ja

~ Zo ja, in welk jaar ? :

~Andere vaccinaties?:

Moet het kind tijdens vakantieverblijven geneesmiddelen, vitamines, ijzersupplementen,

innemen?: neen / ja

~ Zo ja, welke?:.....

~ Wanneer?:.....

~ Hoeveel?:.....

Andere inlichtingen:.....

.....

.....

.....

DATUM:

NAAM EN HANDTEKENING:

KLEEF HIER EEN ZIEKENBRIEFJE MET
EEN KLEIN HOEKJE VAST.