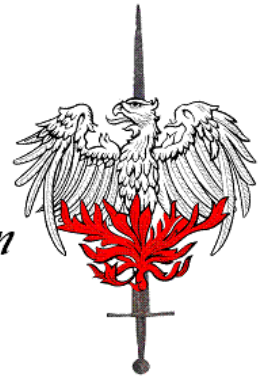




SwArta
Traditionele Westerse Krijgskunsten



Medisch attest

Ondergetekende : (naam en adres of stempel van dokter)

Verklaar hierbij: (naam en adres van onderzochte)

Onderzocht te hebben en hem / haar (*) medisch geschikt bevonden te hebben tot intense sportbeoefening.

Datum : ____/____/____

Handtekening :

(*) Schrappen wat niet past.

Medische vragen

(strikt vertrouwelijk)

- Heeft u een inspuiting tegen tetanus gehad?
 - ja
 - wanneer kreeg u de laatste? _____
 - nee

- Welke bloedgroep heeft u? _____

- Heeft u bepaalde allergieën / aandoeningen?
 - ja
 - Geef hierbij een opsomming:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - nee

- Mag u bepaalde medicijnen niet toegediend krijgen?
 - ja
 - Geef hierbij een opsomming:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - nee

- Heeft u bepaalde operaties ondergaan, of breuken gehad die moeten gekend zijn wanneer u in het ziekenhuis dient opgenomen te worden?
 - ja
 - Geef hierbij een opsomming met eventueel jaartal:
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - _____
 - nee

Medische fiche

(strikt vertrouwelijk)

Datum : ____/____/____

Naam & voornaam : _____

Straat & nr. : _____

Postcode & woonplaats: _____

Gsm-nr. / Telefoon-nr. : _____

Huisarts

Naam : _____

Straat & nr. : _____

Postcode & woonplaats: _____

Telefoon-nr. : _____

Ziekenfonds

Naam : _____

Adres : _____

Inschrijvingsnummer : _____

Hieronder 3 (drie) kleefbriefjes van het ziekenfonds hechten
