**Vertrouwelijke vragenlijst door de ouders in te vullen**

Het spreekt voor zich dat alle persoonlijke gegevens van de leerling met de nodige **discretie** zullen worden behandeld.

**Deze infolijst is noodzakelijk om deel te kunnen nemen!**

##### Algemeen

Naam van de leerling: Thibo Demaret

Adres: Jachthoorndreef 6 9940 Evergem

Geboortedatum: 28/12/2002

GSM leerling: +32495 27 43 46

Voor- en familienaam vader: Peter Demaret

GSM vader: +32 4 76 74 94 06 Werk: Zelfstandig

Voor- en familienaam moeder: Wendy Gyselinck

GSM moeder: +32 4 86 14 52 69 Werk: Zelfstandig

Telefoonnummer thuis: /

Naam en tel. van de huisarts:

##### Eetgewoonten

Volgt uw kind een dieet? Zo ja, waarop dienen we te letten?

nee

##### Medische gegevens

**1. Algemeen**

\* Neemt uw kind medicijnen? Ja / Neen

Zo ja, welke?

Dosis en tijdstip(pen):

\* Is uw kind reeds geopereerd geweest? Ja / Neen

Zo ja, voor welke ingre(e)p(en) en wanneer?   
 besnijdenis (2004)

\* Vertoonde uw kind een ongewone reactie na een algemene of een plaatselijke verdoving?

Ja / Neen

Zo ja, welke problemen?

\* Kreeg uw kind ooit bloed? Ja / Neen

Waren er complicaties? Ja / Neen

**2. Hart- en vaataandoeningen**

\* Lijdt uw kind aan een hartziekte of heeft uw kind ooit hartproblemen gehad? Ja / Neen

Zo ja, specifieer:

\* Werd u ooit verteld dat uw kind een hartklepafwijking/hartruis heeft? Ja / Neen

**3. Mond, luchtwegen en longen**

\* Heeft uw kind loszittende tanden Ja / Neen

\* Heeft uw kind astma? Ja / Neen

**4. Maag, darmen en lever**

\* Lijdt uw kind of heeft uw kind ooit last gehad van één van de volgende aandoeningen:

- geelzucht Ja / Neen

- een leveraandoening Ja / Neen

**5. Nieren**

\* Lijdt uw kind aan of heeft uw kind ooit last gehad van een nieraandoening?

Ja / Neen

**6. Bloed**

\* Bloedt uw kind abnormaal lang na vb. een snijwonde, een tand trekken, …

Ja / Neen

\* Zijn er bloedstollingsstoornissen gekend in uw familie? Ja / Neen

**7. Stofwisseling**

\* Heeft uw kind suikerziekte? Ja / Neen

\* Volgt uw kind een dieet? Ja / Neen

**8. Zenuwstelsel**

\* Lijdt uw kind aan of heeft uw kind ooit een van de volgende zenuwaandoeningen gehad?

- epilepsie Ja / Neen

- hersenbloeding Ja / Neen

- zenuwletsel Ja / Neen

- andere: specificeer ….....................................................................................................

**9. Rug en spieren**

\* Heeft uw kind nu of vroeger last gehad van de rug? Ja / Neen

\* Lijdt uw kind of een familielid aan een spieraandoening? Ja / Neen

**10. Overige**

\* Is uw kind in behandeling voor een ziekte, niet vermeld in deze vragenlijst?

Zo ja, specificeer:

Chiropractor voor rug

##### Inentingen en allergieën

Wanneer werd bij uw kind de laatste inenting tegen tetanus toegediend?

\* Is uw kind allergisch of overgevoelig? Ja / Neen

Zo ja, aan wat is uw kind allergisch of overgevoelig?

Antibiotica/jodium/kleefpleister/latex of rubber/ andere:

Waarschijnlijk rubber of latex maar wordt nog onderzocht

Zijn er andere aandachtspunten waar de begeleiders rekening dient mee te houden?

Gelieve hier **twee klevertjes van het ziekenfonds** in te scannen en mee te nemen. *(niet van toepassing voor personen die in Nederland wonen)*

Het **internationaal telefoonnummer** van je **ziekenfonds (pasje):**

***Christelijke mutualiteit*** + 32 2 272 09 00

In geval van nood geven wij aan de begeleiders de toestemming om - in samenspraak met de behandelende geneesheer - de nodige medische ingrepen **wel / niet** te laten uitvoeren; uiteraard nadat eerst alle mogelijke middelen werden benut om vooraf de ouder(s) (of voogd) te raadplegen.

Gelezen en goedgekeurd,

Gelezen en goedgekeurd Gyselinck Wendy – Demaret Peter 19/01/2020

*(datum, naam en handtekening)*

***Indien er zich op het laatste moment nog wijzigingen zouden voordoen, graag ons daarvan schriftelijk op de hoogte brengen voor vertrek.***