

# Leden - Medische fiche

Administratieve gegevens

\* Indicates required question

---

1. Naam & Voornaam \*

---

2. Geboortedatum \*

MM-DD-YYYY

---

*Example: January 7, 2019*

3. Rijksregisternummer

---

4. Geslacht \*

*Mark only one oval.*

M

V

X

5. GSM

---

6. Taal \*

*Mark only one oval.*

Nederlands

Engels

Frans

Duits

Andere

Medische gegevens - Bestaande aandoeningen

7. Boedgroep \*

*Mark only one oval.*

A+

A-

AB+

AB-

B+

B-

O+

O-

## 8. Aandoeningen \*

Mark only one oval per row.

	Ja	Nee
<b>Allergieën</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Astma</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>COPD</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>GOLD (classificatie voor COPD)</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Bloedverdunners</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Diabetes</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Insuline?</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Epilepsie</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>CVA in voorgeschiedenis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Chronische neurologische aandoening</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hartritmestoomis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Acuut Coronair Syndroom in voorgeschiedenis</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Hemato- oncologische aandoening</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Pacemaker</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

<b>Psychiatrische stoornis</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Chronisch nierfalen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nood aan dialyse?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>European Disability Card</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Andere?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Welke allergieën heeft u?

---

---

---

---

---

10. Andere aandoeningen? Vermeld deze hier! \*

Indien niet van toepassing, noteer dan NVT.

---

---

---

---

---

11. Opmerkingen? \*

Vul hier eventuele medicatie voor bovenstaande aangeduide aandoeningen. Bv. Heeft u Ja bij suikerziekte aangeduid, meld dan welke medicatie u hiervoor gebruikt. Alle andere belangrijke medicatie, die een groot belang kunnen hebben bij eventuele ongevallen, gelieve ook deze door te geven. Indien niet van toepassing, noteer dan NVT.

---

---

---

---

---

12. Belangrijke info i.v.m. medicatie \*

Indien niet van toepassing, noteer dan NVT.

---

---

---

---

---

Noodcontacten

13. Naam Contactpersoon 1 \*

---

14. GSM Contactpersoon 1 \*

---

15. Verwantschap Contactpersoon 1 \*

*Mark only one oval.*

- Partner
- Kind
- Zus/broer
- Moeder/vader
- Other: \_\_\_\_\_

16. Naam Contactpersoon 2

\_\_\_\_\_

17. GSM Contactpersoon 2

\_\_\_\_\_

18. Verwantschap Contactpersoon 2

*Mark only one oval.*

- Partner
- Kind
- Zus/broer
- Moeder/vader
- Other: \_\_\_\_\_

19. Naam Contactpersoon 3

---

20. GSM Contactpersoon 3

---

21. Verwantschap Contactpersoon 3

*Mark only one oval.*

Partner

Kind

Zus/broer

Moeder/vader

Other: \_\_\_\_\_

22. Formulier werd ingevuld naar waarheid door \*

*Mark only one oval.*

Mijzelf

Mijn partner

Other: \_\_\_\_\_

23. Volledig naar waarheid ingevuld op datum \*

---

*Example: January 7, 2019*

## 24. Plaats \*

---

---

This content is neither created nor endorsed by Google.

**Google Forms**