**HELSEKORT**

Helsekortet behandles konfidensielt og vil makuleres etter arrangementet.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Navn: | | | | Personnummer: |
| Adresse: | | | | |
| Postnummer: | | | | Poststed: |
| Telefon: | | | | Mobil: |
| Stivkrampevaksinert: | 🞎NEI | | 🞎 JA | Hvis ja, når: |
|  | | | |  |
| Gruppe: Patrulje: Krets: | | | | |
| Ansvarlig leder (navn+tlf.nr.): | | | | |
| Hjemmeleder (navn+tlf.nr.): | | | | |
|  | | | | |
| Allergi: | | | | |
| Allergien arter seg som (høysnue, astma etc.): | | | | |
| Andre sykdommer (diabetes, epilepsi etc.): | | | | |
| Jeg bruker følgende medisiner: | | | | |
| Andre opplysninger: | | | | |
|  | | | | |
| **Medikamenter**. Jeg samtykker til at overnevnte speider, ved behov, kan gis:  🞎 Paracet 🞎 Ibux 🞎 Postafen e.l. (reisesyke) 🞎 Zyrtec e.l. (allergi/kløe) 🞎 Samtykker ikke | | | | |
|  | | | | |
| Navn på fastlege og legekontor: | | | | |
|  | | | | |
| **Nærmeste pårørende 1. Relasjon:** | | | | |
| Navn: | | | | Telefon/mobil: |
| Adresse: | | | | |
| Postnr: | | | | Poststed: |
|  | | | | |
| **Nærmeste pårørende 2. Relasjon:** | | | | |
| Navn: | | | | Telefon/mobil: |
| Adresse: | | | | |
| Postnr: | | | | Poststed: |
|  | |  | | |
| **Sted og dato:** | | **Underskrift av foresatt:** | | |