

# HELSEKORT

Helsekortet behandles konfidensielt og vil makuleres etter arrangementet.

Navn:	Personnummer:
Adresse:	
Postnummer:	Poststed:
Telefon:	Mobil:
Stivkrampevaksinert: <input type="checkbox"/> NEI <input type="checkbox"/> JA	Hvis ja, når:

Gruppe:	Patrolje:	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:

<b>Medikamenter.</b> Jeg samtykker til at overnevnte speider, ved behov, kan gis: <input type="checkbox"/> Paracet <input type="checkbox"/> Ibux <input type="checkbox"/> Postafen e.l. (reisesyke) <input type="checkbox"/> Zyrtec e.l. (allergi/kløe) <input type="checkbox"/> Samtykker ikke
--

Navn på fastlege og legekantor:
---------------------------------

<b>Nærmeste pårørende 1. Relasjon:</b>	
Navn:	Telefon/mobil:
Adresse:	
Postnr:	Poststed:

<b>Nærmeste pårørende 2. Relasjon:</b>	
Navn:	Telefon/mobil:
Adresse:	
Postnr:	Poststed:

Sted og dato:	Underskrift av foresatt:
---------------	--------------------------

