

# HELSEKORT

Arrangement: 

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:                            |

**Medikamenter.** Jeg samtykker til at overnevnte speider, ved behov, kan gis: Paracet  Ibox  Postafen e.l. (reisesyke)  Zyrtec e.l. (allergi/kløe)  Samtykker ikke

Navn på fastlege og legekantor:

**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: |
|---------------|--------------------------|

