

Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland

Aanmeldingsformulier

Naam _____

Voornaam _____

Roepnaam _____

Geboortedatum _____

Adres _____

Postcode en woonplaats _____

Telefoonnummer _____

Mobiel telefoonnummer _____

Mobiel telefoonnummer waarop ouder/voogd/verzorgende tijdens
de lessen bereikbaar is _____

Mailadres _____

Huisarts _____

Adres praktijk _____

Postcode en woonplaats _____

Specialist _____

Ziekenhuis _____

Postcode en plaats _____

Specialisme _____

Plaats en datum _____

Handtekening

Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland

Vragenformulier in te vullen door de huisarts.

Geachte collega,

Als medisch adviseur van Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland verzoek ik u vriendelijk onderstaande vragenlijst in te vullen. Dit ter beoordeling van de geschiktheid van uw patiënt voor deelname aan de activiteiten van onze stichting. Uw patiënt heeft toestemming gegeven mij deze informatie te verstrekken (zie bijlage).

Om het medisch geheim te waarborgen verzoek ik u de informatie aan mij persoonlijk toe te sturen.

Met vriendelijke groet,

Hans Koch, huisarts

Huisartsengroep "De Schans"

T.a.v. Hans Koch, huisarts

De Bolder 28

8251KC DRONTEN

Tel: 0321-312244

Email: koch@huisartsdeschans.nl

Vragenformulier in te vullen door de huisarts.

Wat is de aard van de handicap/beperking?

Is er sprake van een lichamelijke beperking?

Is er sprake van een geestelijke beperking?

Is er sprake van een combinatie van beide?

Is er sprake van een gedragsstoornis?

Welke medicatie gebruikt betrokkene?

Is er naar uw mening sprake van een zodanige beperking dat paardrijden (ook met intensieve begeleiding) onverantwoord is? Gaarne toelichten.

Zijn er ernstige communicatieve beperkingen?

Zijn er als gevolg van de handicap accidenten mogelijk
(bijvoorbeeld insulten) waarvan de begeleiders op de hoogte dienen
te zijn?

Hebt u andere opmerkingen die van belang kunnen zijn voor de
beoordeling van de geschiktheid van uw patiënt voor deelname aan
de lessen van onze stichting.

Datum _____

Naam _____

Stempel

Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland

Machtigingsformulier opvragen medische informatie

Naam

Ouder/voogd/verzorgende

Adres

Postcode en woonplaats

verklaart toestemming te verlenen aan de medisch adviseur (J.N.W. Koch, huisarts) van Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland om informatie in te winnen bij huisarts en/of medisch specialist, voor zover deze van belang is voor de beoordeling van deelname van bovengenoemde aan de lessen van onze stichting. Stichting Paardrijden Gehandicapten garandeert dat deze informatie volstrekt vertrouwelijk wordt behandeld en alleen wordt ingezien door de medisch adviseur.

Plaats

Datum

(handtekening)

Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland

Verklaring

Naam

Ouder/voogd/verzorgende

Adres

Postcode en woonplaats

Verklaart zich er bewust van te zijn dat paardrijden, ook met intensieve begeleiding, niet geheel zonder risico is.

Hij/zij zal zelf voor verzekering van deze risico's zorg dragen.

Hij/zij verklaart tevens dat hij/zij de Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland of haar medewerkers niet aansprakelijk zal stellen voor eventueel opgelopen letsel of schade opgelopen voor, tijdens of na de lessen. Tenzij er sprake is van grove nalatigheid door de Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland of haar medewerkers.

Hij/zij verklaart alle gegevens naar waarheid te hebben ingevuld en alle gegevens te hebben verstrekt die nodig zijn voor het veilig deelnemen aan de lessen/activiteiten van Stichting Paardrijden Gehandicapten Flevoland.

Datum, plaats _____

Naam _____

Handtekening _____