



MEDISCH DOSSIER

Persoonlijke gegevens

Algemeen

Naam:	
Voornaam:	
Geboortedatum:	
Geslacht:	Man Vrouw
Rijksregisternummer:	
Beroep:	
Echtelijke status:	
Nationaliteit:	

Contactgegevens

Telefoon thuis:	
Mobiel:	
Telefoon werk:	
E-mail adres:	

Thuisadres:

Straat & huisnummer:	
Bus:	
Gemeente:	
Land:	

Buitenverblijf:

Straat & huisnummer:	
Bus:	
Gemeente:	
Land:	





MEDISCH DOSSIER

Medische gegevens

Algemeen

Bloedgroep:	
Lengte:	
Gewicht:	
Datum laatst aangepast:	

Allergieën

Allergie	Nevenwerkingen

Nodige apparaten

Ogen

Contact lenzen:	Ja	Nee
Contact lenzen:	Links	Rechts
Kunstmatig oog:	Links	Rechts
Bril:	Ja	Nee

Tanden

Gebitsprothese:	Vast	Uitneembaar	
Gebit:	Boven	Onder	Gedeeltelijk

Oren

Gehoorapparaat:	Links	Rechts
-----------------	-------	--------

Andere

Pacemaker:	Ja	Nee
Andere:		





MEDISCH DOSSIER

Bijhorende informatie

Roker

Ja Nee

Frequentie:

Aantal jaar:	
Aantal per dag:	

Alcoholgebruik

Occasioneel Wekelijks Dagelijks

Frequentie:	<i>(beschrijving volgens aantal glazen per dag/week/maand)</i>
-------------	--

Fysieke activiteit

Soort fysieke activiteit	Frequentie fysieke activiteit *

**(Beschrijving volgens aantal uren per dag/week/maand)*



Vlaamse Wielrijdersbond

Bosstraat 101 , 9255 Buggenhout – vwb@vwb.be – 052/33.29.80.



MEDISCH DOSSIER

Contacten bij noodsituaties

Naaste leefomgeving

Echtgenoot

Naam:	
Telefoon / Mobiel :	

Ouders

Naam:	
Telefoon / Mobiel :	
Naam:	
Telefoon / Mobiel :	

Familie

Naam:	
Telefoon / Mobiel :	
Naam:	
Telefoon / Mobiel :	
Naam:	
Telefoon / Mobiel :	

Medische verwijzingen

Huisarts

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Thuisverpleging

Naam:	
Telefoon / Mobiel :	

Specialisten

Specialist #1

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	



Vlaamse Wielrijdersbond

Bosstraat 101 , 9255 Buggenhout – vw@vw.be – 052/33.29.80.



MEDISCH DOSSIER

Specialist #2

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Specialist #3

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Therapeuten

Therapeut #1

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Therapeut #2

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Therapeut #3

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	





MEDISCH DOSSIER

Orthodontist

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Overige

Omschrijving #1:

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Omschrijving #2:

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Omschrijving #3:

Naam:	
Voornaam:	
Adres:	
Gemeente:	
Postcode:	
Telefoon:	
Mobiel:	





MEDISCH DOSSIER

Zorgverzekeraar

Persoonlijke zorgverzekeraar

Naam instelling:	
Polisnummer:	
Contactpersoon:	
Telefoon:	
Mobiel:	

Zorgverzekeraar VWB

Naam instelling:	Arena NV
Polisnummer:	L.O. 1.110.242 / B.A. 1.110.243
Contactpersoon:	Kristof Van Hoorde
Telefoon:	02/512.03.04
Mobiel:	/

! – Ongevallenformulier staat in meerdere talen op deze USB armbad -!

! – Bij ongeval kan het ongevallenformulier ook steeds geraadpleegd worden via

<http://www.vwb.be/page/view/59/Downloads> . Dit formulier dient samen met kopie van de lidkaart (of dag verzekering) binnen de 8 dagen na het ongeval opgestuurd te worden naar de verzekeraar - !



Vlaamse Wielrijdersbond

Bosstraat 101 , 9255 Buggenhout – vwb@vwb.be – 052/33.29.80.



MEDISCH DOSSIER

Persoonlijke medische geschiedenis

Operaties – Letsel types

Operatie – Letsel type	Datum	Algemene toestand

Ziektes

Omschrijving	Datum	Algemene toestand

Lopende behandelingen

Omschrijving – Letsel type	Datum	Algemene toestand

Medicijnen

Medicijn	Inname voor...	Startdatum	Frequentie inname





MEDISCH DOSSIER

Overige

(Beschrijving van andere belangrijke gebeurtenissen in medische geschiedenis of extra informatie die belangrijk kan zijn voor uw medische toestand)



Vlaamse Wielrijdersbond

Bosstraat 101 , 9255 Buggenhout – vwb@vwb.be – 052/33.29.80.