

CERTIFICAT MEDICAL

Veillez renvoyer ce certificat médical, rempli par votre médecin, avec le formulaire d'inscription le plus vite possible au Service Vacances Individuelles de Ter Duinen. L'information ressort du secret professionnel et sera traité comme tel.

Renseignements généraux	
Nom du vacancier:.....	
Informations médicales	
Bref diagnostic:	
Mobilité: pouvant se déplacer / voiturette permanent / voiturette grandes distances	
Votre patient prend-il lui-même ses médicaments ? Oui / Non Si non, quels médicaments doivent être administrés par une infirmière qualifiée (nature, dose et fréquence du médicament):	
Votre patient a-t-il besoin de kinésithérapie ? Oui / Non Si oui, décrivez:.....	
Votre patient doit-il suivre un régime ? Oui / Non Si oui, lequel:.....	
Votre patient peut-il assumer seul ses soins quotidiens ? Oui / Non Si non, - ces soins seront-ils prodigués par des autres personnes qui accompagnent le malade ? Oui / Non - Description des soins (Si vous avez besoin de soins nous avons besoin une attestation du docteur):	
Précautions	
Votre patient souffre-t-il d'allergies connues ?	
Si votre patient est epileptique, indiquez la fréquence du nombre de crises les trois derniers mois ?	
Votre patient est-il incontinent (le jour et/ou la nuit) ?	
Souhaitez-vous ajouter d'autres renseignements ?	

Identification du médecin traitant:
(cachet - adresse - téléphone)

Date et signature