 AANMELDINGSFORMULIER

**O.B.H.R.** **OVER - BETUWSE HART - RECREANTEN**

Spel - en sportgroep voor (ex)- hartpatiënten

Locatie : Sporthal Walburgen Nijmeegsestraat 65C

6691 CM Gendt

*Secretariaat* : Ruud Vos: Markt 13, 6691BK, Gendt.

*Telefoon* : 0481-421850

Naam en voornaam :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Postcode : \_ \_ \_ \_ \_ \_ Woonplaats:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Telefoon :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Mobiel:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Geboortedatum : \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_.

E-mail :

Heeft u een hartinfarct gehad? : JA/NEE \*

Bent u geopereerd? : JA/NEE \* Gedotterd: JA/NEE \*

Heeft u een Pacemaker/ICD : Pacemaker/ICD \*

Bent u diabeticus : JA/NEE \*

Bent u ergens allergisch voor? : JA/NEE \* Zo ja voor:

Naam huisarts :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Naam ziekenhuis :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gebruik gemaakt van revalidatie? : JA/NEE \*

Heeft u een fietsproef gedaan? : JA/NEE \*

**Eventueel waarschuwen : Tel. Mob.**

**Bij geen gehoor : Tel. Mob.**

* \* Doorhalen wat **NIET** van toepassing is.

**Ondergetekende heeft toestemming voor deelname aan :** Spel en sportgroepen.

**Naam behandelend arts Naam aanvrager**

DATUM : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_. DATUM : \_ \_ /\_ \_ /\_ \_ \_ \_.

Handtekening behandelend arts. Handtekening aanvrager

Medicijngebruik : Zie bijlage