

Vision Quest

LOCATIE:

Datum:

Vertrouwelijke gezondheids vragen



Naam:	
Adres:	
Geb. Datum:	
E-mail	
Telefoon:	

In geval van nood:

Naam van je huisarts:	
Telefoon:	
Ziektekostenverzekeraar:	Polisnummer:

Wie kunnen we bellen in geval van nood:

Naam 1:	Telefoon:
Naam 2:	Telefoon:

1	Heb je fysieke, geestelijke of emotionele gezondheidsklachten (gehad) die relevant zijn voor deze Vision Quest? Zo ja, welke? _____	☐ Ja ☐ nee
2	Ben je hiervoor onder behandeling van een arts of psychiater/psycholoog/therapeut (geweest)? Zo ja, heb je overleg gehad met je arts en je plannen uitgelegd? Gebruik(te) daarvoor medicijnen? Zo ja welke? _____	☐ Ja ☐ nee ☐ Ja ☐ nee ☐ Ja ☐ nee
3	Ben je in de afgelopen twee jaar opgenomen geweest in een ziekenhuis? Zo ja, waarom? _____	☐ Ja ☐ nee
4	Zijn er (gezondheids)redenen waarom je geen Vision Quest zou doen? Zo ja, welke? _____	☐ Ja ☐ nee
5	Heb je ervaring met vasten? _____	☐ Ja ☐ nee
6	Gebruik je een dieet? Zo ja, welke? _____	☐ Ja ☐ nee
7	Heb je allergieën? Zo ja, welke? _____	☐ Ja ☐ nee
8	Heb je een verslaving of verslavingen? Zo ja, welke? _____	☐ Ja ☐ nee
9	Ruimte voor je eigen aanvullingen of opmerkingen _____	

Ik ben me ervan bewust dat deze Vision Quest georganiseerd door SoulQuest te Norg risico's met zich mee brengt waarvoor de organisatie niet verantwoordelijk geacht kan worden.
Ik ben me ervan bewust dat, gezien deze risico's, de organisatie niet verzekerd is of verzekering verschaft voor deelnemers aan of begeleiders en overige medewerkers van deze Vision Quest.
Ik zal de organisatie noch de begeleiding aansprakelijk stellen voor opgelopen materiële of immateriële schade tijdens of gerelateerd aan deze Vision Quest.
Ik verklaar hierbij zelf zoveel mogelijk verantwoordelijkheid en voorzorg zal nemen tijdens en rondom de Vision Quest voor beslissingen aangaande mijn gezondheid en lichaam.

Datum: _____ Plaats: _____

Handtekening: _____

Volledig invullen en liefst mailen naar info@soulquest.nl of SoulQuest, Oosterduinen D86, 9331 WE Norg

test.