Geachte ouder(s), voogd of toekomstige leerling,

Hartelijk dank voor uw inschrijving in één van onze zorggerichte opleidingen op Campus Hast. U schrijft zich in voor één van de volgende studierichtingen:

- 6 Basiszorg en Ondersteuning
- 7 Kinderbegeleider
- 7 Verzorgende-Zorgkundige

Deze opleidingen worden aangeboden in zowel een **regulier als duaal traject**.

We willen u erop wijzen dat de leerlingen van deze richtingen **reeds in september op stage vertrekken**. Hiervoor is een **medische geschiktheidsverklaring verplicht vóór de start van de stage**. Daarom moeten onderstaande documenten **tijdens de zomervakantie in orde gebracht worden**.

Te voorzien documenten:

Document 1 – Toestemmingsbrief voor vaccinatie (enkel bij minderjarigen):
Indien de leerling minderjarig is, vragen wij een ondertekende toestemming van de ouder of voogd om noodzakelijke vaccinaties, waaronder hepatitis B, toe te dienen.

Document 2 – Brief voor de huisarts voor bloedafname:
Deze brief is bestemd voor de huisarts en dient voor een bloedafname ter bepaling van de Hepatitis B surface antistoffen. De uitslag is noodzakelijk voor het medisch onderzoek.

Document 3 – Persoonlijke vragenlijst voor IDEWE:
Deze vragenlijst moet volledig ingevuld zijn bij het medisch onderzoek door IDEWE. Deze informatie is vereist om te bepalen of de leerling geschikt is voor stage.

Belangrijk:

- **Het medisch onderzoek kan en mag reeds tijdens de zomervakantie uitgevoerd worden door IDEWE.** We raden sterk aan om hiervoor tijdig een afspraak te maken, zodat alle vereisten vóór september in orde zijn.
- **Indien het medisch onderzoek niet tijdens de vakantie gebeurt, moeten alle bovenstaande documenten én de uitslag van het bloedonderzoek op de eerste schooldag worden meegebracht.** Enkel zo kan IDEWE het onderzoek nog tijdig uitvoeren.
- Zonder een medische geschiktheidsverklaring mag de leerling **niet starten met stage**.

Kleine Breemstraat 7 - 3500 HASSELT T 011 25 33 58 F 011 87 20 18 M info@campushast.be I.K. 039107 / 039115
Boekhouding: VISO St.-Angela vzw Kleine Breemstraat 7 - 3500 HASSELT ond.nr. 410.984.248
— campushast.be

Afspraak maken bij IDEWE:

U kunt rechtstreeks een afspraak maken voor het medisch onderzoek via:

📍 **IDEWE Hasselt**
📞 Telefoon: 011 24 94 70
📧 E-mail: hasselt@idewe.be

Vermeld bij contact duidelijk dat het gaat om een leerling van **Campus Hast – zorgopleidingen**.

Voor verdere vragen of ondersteuning bij het verzamelen of invullen van de documenten kunt u contact opnemen met mij:

Thierry Houben
Afdelingshoofd zorgrichtingen
📧 **Thierry.houben@campushast.be**

Met vriendelijke groet
Namens Campus Hast

Brief voor ouders of voogd van een minderjarige die wettelijk dient gevaccineerd te worden.

Geachte,

Indien werknemers (inclusief stagiairs) kunnen blootgesteld worden aan biologische agentia waarvoor een doeltreffend vaccin beschikbaar is, moet de werkgever die werknemers de mogelijkheid bieden om zich te laten inenten. Door vaccinatie kan het risico tot een aanvaardbaar minimum beperkt worden. De wetgever stelt een aantal inentingen verplicht voor bepaalde werkzaamheden of ondernemingen zoals tetanus en hepatitis B vaccinatie.

Gezien uw zoon/dochter minderjarig is vragen we uw toestemming tot vaccinatie indien vereist. Gelieve daarom dit document te lezen, in te vullen en te ondertekenen.

Ik ondergetekende ..... ouder/voogd van

Naam : .....
Voornaam : .....
Geboortedatum : .....
INSZ-nummer : .....

☐ geef toelating aan de preventieadviseur-arbeidsarts van de externe preventiedienst groep IDEWE om mijn zoon/dochter gratis te vaccineren tegen hepatitis B /B+A/ A en/of tetanus.

☐ weiger deze toelating te geven

Ondergetekende bevestigt hierbij dat zijn/haar zoon/dochter :

☐ geen allergische reacties heeft vertoond op vaccinaties in het verleden.

☐ niet allergisch is voor

- latex,
- bewaarmiddelen (vb thiomersal…..)
- antibiotica (vb. neomycine….)
- kippeneieren

☐ geen koorts heeft.

☐ niet in het eerste zwangerschapstrimester is (voor vrouwen).

Omdat er een geringe kans bestaat op een ongunstige reactie op het toegediende vaccin, moet uw zoon/dochter tot 15 minuten na het toedienen van het vaccin onder medisch toezicht blijven.

Naam en voornaam: .....

Datum: ..... / ..... / .....

Handtekening

Kruis aan wat van toepassing is.

idewe
OPTIMISING WORK ENVIRONMENTS

Geachte collega,

In het kader van het medisch onderzoek voor de stages dienen we de bescherming voor hepatitis B in orde te brengen. Gelieve dan ook een bloedafname ter bepaling van de **hepatitis B surface antistoffen** uit te voeren bij deze stagiair(e).

Op basis van het resultaat kunnen we dan bekijken of een hepatitis B vaccin (booster) noodzakelijk is.

Gelieve het bloednameresultaat te bezorgen aan uw patiënt(e), zodat we dit op het komende medisch onderzoek voorhanden hebben.

Met collegiale groeten,

Dr. Samir Krim
Idewe VZW
Kunstlaan 16
3500 Hasselt

idewe
Optimising work environments

Afspraak op _____ om _____ uur.

Gelieve uw SIS-kaart en vaccinatiegegevens mee te brengen.
Indien u niet aanwezig kan zijn op het preventief medisch onderzoek, gelieve dan tijdig te verwittigen.

Gelieve deze vragenlijst ingevuld mee te brengen naar uw afspraak met Groep IDEWE en af te geven aan de arbeidsgeneesheer of de verpleegkundige. Deze persoonlijke vragenlijst is **strikt vertrouwelijk** en valt onder het medisch beroepsgeheim. Hij wordt bewaard in uw gezondheidsdossier.

Persoonlijke medische vragenlijst

Bij eerste onderzoek

Administratieve gegevens WERKGEVER

Naam werkgever/onderneming: _____

Werkgeversnummer IDEWE: _____

Administratieve gegevens WERKNEMER

Naam: _____ Voornamen: _____

Adres: Straat: _____ Huis- en busnummer: _____

Postcode: _____ Gemeente: _____

Geboortedatum: _____ Geslacht: ❑ Man ❑ Vrouw Nationaliteit: _____

INSZ-Nummer: _____

Functie: _____

Preventieprofiel: _____

Contracttype: ❑ arbeider ❑ bediende ❑ uitzendkracht ❑ stagiair ❑ jobstudent ❑ andere

Datum in dienst: _____ Datum uit dienst (indien van toepassing): _____

Studierichting (indien van toepassing): _____

Telefoonnummer: _____ GSM-nummer: _____

E-mail adres (werk): _____

Burgerlijke staat: ❑ alleenstaand ❑ gehuwd ❑ samenwonend ❑ gescheiden ❑ weduw(e)(naar)

Ziekenfonds: Naam: _____ Verbondsnummer (3 cijfers): _____

Huisarts: Naam: _____ Telefoonnummer: _____

Adres: _____

Hoeveel uur per week werkt u? _____

idewe
Optimising work environments

Vaccinatie- en infectiegegevens

Indien u over een bepaling van antistoffen beschikt, gelieve deze resultaten mee te brengen.
Indien u over een vaccinatiekaart beschikt, kan u ons best een kopie bezorgen.

		Bent u gevaccineerd tegen volgende aandoeningen? Zo ja, vermeld de vaccinatiedata.	Heeft u de ziekte doorgemaakt? Zo ja, specifieer welke ziekte	Resultaten antistofbepaling
Tedivax (tetanus/klem-difterie)	Laatste vaccinatie		❑ ja, ❑ neen	Niet van toepassing
Boostrix (tetanus-difterie-kinkhoest)	Laatste vaccinatie		❑ ja, ❑ neen	Niet van toepassing
Boostrix - polio (tetanus-difterie-kink-hoest-polio)	Laatste vaccinatie		❑ ja, ❑ neen	Niet van toepassing
Hepatitis B (geelzucht)	Min 3 data		❑ ja ❑ neen	Anti-HBs: IU/L (+ kopie laboresultaat)
Hepatitis A (geelzucht)	2 data		❑ ja ❑ neen	
Hepatitis A en B (Twinrix)	3 data		❑ ja, ❑ neen	Anti-HBs: IU/L (+ kopie laboresultaat) Antistoffen Hep A:
Rubella (rode hond) Mazelen-bof			❑ ja, ❑ neen	Antistoffen rubella: Antistoffen mazelen: Antistoffen bof:
Varicella (wind-of wijnpokken)			❑ ja ❑ neen	
Tuberculose (BCG)			❑ ja, ❑ neen	Niet van toepassing
Toxoplasmose		Niet van toepassing	❑ ja, ❑ neen	
Cytomegalovirus		Niet van toepassing	❑ ja, ❑ neen	
Hepatitis C (geelzucht)		Niet van toepassing	❑ ja, ❑ neen	
Tuberculinehuidtest		Datum:	Uitslag:	

idewe
Optimising work environments

Persoonlijke medische voorgeschiedenis

Heeft u of had u ziekten, aandoeningen, letsels of operaties van:

		Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Heeft u er nu nog last van?	Waren deze klachten werk-gebonden?
De ogen? (gezichtsvermogen, vlekken zien, tunnelzicht, cataract, glaucoom,...)		❑	❑			
De neus, de keel en de oren?	De neus?	❑	❑			
	De keel? (bijv. heesheid, amandelen,...)	❑	❑			
	De oren? (bijv. hardhorig, oorontstekingen,...)	❑	❑			
Het hart en de bloedvaten?	Het hart? (bijv. infarct, ritmestoornissen,...)	❑	❑			
	De bloeddruk?	❑	❑			
	De bloedvaten? (bijv. spataders, aambeien,...)	❑	❑			
Het bloed? (hemofilie, anemie of bloedarmoede,...)		❑	❑			
Longen of luchtwegen? (longonsteking, bronchitis,...)		❑	❑			
Astma?		❑	❑			
Allergieën?	Producten? (poetsmiddel, nikkel, juwelen,...)	❑	❑			
	Hooikoorts? (pollen, gras,...)	❑	❑			
	Latex?	❑	❑			
	Voedsel? (schaaldieren,...)	❑	❑			
	Dieren? (katten, honden,...)	❑	❑			
	Medicatie? (penicilline,...)	❑	❑			
Huid? (eczeem, psoriasis, wratten,...)		❑	❑			
Maag of darmen? (maagzweer, ontsteking, reflux,...)		❑	❑			
Lever? (geelzucht, galproblemen,...)		❑	❑			
Nieren of urinewegen? (nierstenen, blaasontsteking,...)		❑	❑			
Bewegingsstelsel?	Beenderstelsel? (breuken,...)	❑	❑			
	Rug en nek? (lumbago, discus hernia, blokkage, spierpijnen,...)	❑	❑			
	Systeemaandoening? (reuma, artrose,...)	❑	❑			
	Spieren en/of pezen? (scheur, ontsteking, tenniselleboog, tendinitis,...)	❑	❑			
Geslachtsorganen? (cyste eileider, prostaatproblemen,...)		❑	❑			
Zenuwstelsel? (burn-out, depressie, epilepsie, hoofdpijn,...)		❑	❑			

idewe
Optimising work environments

Heeft u of had u ziekten, aandoeningen, letsels of operaties van:						
		Ja	Neen	Zo ja, welke diagnose?	Heeft u er nog last van?	Waren deze klachten werk-gebonden?
Duizeligheid, flauwvallen?		❑	❑			
Schildklier?		❑	❑			
Suikerziekte? (diabetes)		❑	❑			
Infectieziekten? (CMV, HIV, klierkoorts,...)		❑	❑			
Was u ooit slachtoffer van een ongeval?	Privé-ongeval?	❑	❑			
	Arbeidsongeval?	❑	❑			
	Prikongeval?	❑	❑			
	Sportongeval?	❑	❑			
	Verkeersongeval?	❑	❑			
Andere aandoeningen?		❑	❑			

Bent u in behandeling?

Medicatie - geneesmiddelen? ❑ Ja ❑ Neen

Zo ja, noteer welke: _____

Andere? (Kinesitherapeut, osteopaat, podoloog, logopedist, psycholoog?) ❑ Ja ❑ Neen

Zo ja, noteer welke: _____

Voor vrouwen

Bent u momenteel zwanger? ❑ Ja ❑ Neen

Zo ja, datum laatste maandstonden: _____

Vermoedelijke bevallingsdatum: _____

Geeft u momenteel borstvoeding? ❑ Ja ❑ Neen

idewe
Optimising work environments

Rookgewoonte

❑ Niet-roker ❑ Roker ❑ Ex-roker

Roker: Sinds: _____

Welke rookwaar? _____ Hoeveel? _____ /dag

Ex-roker: Rookstop sinds: _____

Hulpmiddel? _____

Lichaamsbeweging (in vrije tijd en verplaatsing van of naar werk)

Welke activiteit(en) beoefent u?	Hoeveel minuten (gemiddeld) per week?

Hobby's

Welke hobby's heeft u?	Hoeveel uur (gemiddeld) per week?

❑ *Ik heb nog vragen en/of problemen in verband met mijn werk, hierboven niet vermeld, waarvoor ik de arbeidsgeneesheer wens te spreken.*

❑ *Ik verklaar hierbij dat ik deze vragenlijst naar best weten en naar waarheid heb beantwoord.*

Datum: _____ Handtekening: _____