

Stichting SAR-EL Nederland

Postadres:
Postbus 87137
1080 JC, Amsterdam

Telefoon: 020-64 47 311
Mobiel: 06-212 968 81

Geachte vrijwilliger,

U wordt vriendelijk verzocht dit formulier aan de arts te overhandigen met het verzoek deze volledig in te vullen en te ondertekenen.

INFORMATIE OVER HET VRIJWILLIGERSPROGRAMMA T.B.V DE ARTS

Weledelgeleerde heer/mevrouw,

Hierbij verzoeken wij u de vragen, gesteld op dit formulier, te beantwoorden, rekening houdende met het volgende:

Het SAR-EL programma omvat minimaal drie weken werken in de verzorgende sector of op een militaire basis. Een en ander onder een eenvoudige leefwijze: de vrijwilliger verblijft met meerdere vrijwilligers (mogelijk van verschillende nationaliteiten) in een huisvesting zonder airconditioning of verwarming. Het opgedragen werk kan in de zon zijn (subtropisch klimaat), tilwerkzaamheden omvatten, enz.

Het is dan ook belangrijk dat de vrijwilligers in goede geestelijke en lichamelijke conditie verkeren. De politieke situatie in Israel kan mentaal belastend zijn.

Uit de praktijk is gebleken dat uw medische rapportage belangrijk is voor de aspirant-vrijwilliger om in aanmerking te komen voor deelname aan het SAR-EL programma.

Noch SAR-EL Israel, noch SAR-EL Nederland zijn aansprakelijk voor mogelijke kosten verbonden aan de invulling van deze gezondheidsverklaring.

Hoogachtend,

Stichting SAR-EL Nederland



Stichting SAR-EL Nederland

Medical report

Applicants surname: _____ First name: _____ Date of birth: _____
Bloodpressure reading: _____ Heart problems: _____ Lung problems: _____
Does the applicant have a history of heart disease? _____

Hypertension or other related disorders? Yes/No

If 'Yes', please explain: _____

Does the applicant have: asthma emphysema? ____ If so, to what degree (mild/moderate/severe)?

Allergies? ____ If 'yes', is the applicant taking drugs to control the allergies? ____ If 'yes', which ones? _____

Neurological problems? _____ (check weakness of extremities)

Arthritis (mild/moderate/severe) _____ Any surgery: _____

Please list other conditions or diseases: _____

List all medications and dosages currently taken: _____

Does the applicant have a history of back trouble? _____ Can the applicant do manual labour? _____

Chronic skin diseases/Severe injures and operations: _____

PAST OR PRESENT ILLNESSES

Please give dates, complications and any residual symptoms: _____

Diseases of the digestive tract: _____

Respiratory diseases: tuberculosis, chronic bronchitis, bronchiectasis, sinus disease or others: ____

Urinary tract diseases: _____

Diabetes mellitus: _____

Epilepsy, fainting spells, history of head injuries: _____

PSYCHOLOGICAL PROFILE

In your opinion is the applicant a flexible and agreeable person? _____

Has the applicant a history of depression or other mental problems? _____

Has there been any use of medication for psychiatric disorders? _____ If 'yes' when _____
how long _____

Is the applicant capable of working with others? ____ Please comment if necessary _____

Bearing in mind the various conditions imposed by a foreign work program (lengthy absence from home, adjustment to a foreign culture, simple living conditions, stressful situation, new social contacts), will you please give us your evaluation of the applicants emotional stability. If to your knowledge, he/she has been treated by a psychiatrist will you please indicate: _____

Please complete: I have examined the above applicant and DO / DO NOT consider him/her physically and emotionally qualified to participate in the SAR-EL volunteers program.

Physician's name/address: _____

Date: _____ Physician's signature: _____