

ENQUETE-FORMULIER MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID

AMBULANCIERSFICHE - BADGES

AANDACHT: één fiche per ambulancier.

NR. BADGE:	
NAAM:	VOORNAAM:
GEB. DATUM:	VERVALDATUM BADGE:
SPREEKTAAL:	<input type="checkbox"/> NEDERLANDS <input type="checkbox"/> FRANS <input type="checkbox"/> ANDERE
STRAAT:	
NR.:	BUSNR.:
POSTNR.:	GEMEENTE:
CATEGORIE:	1. AMBULANCIER <input type="checkbox"/> 2. AMBULANCIER D.G.H. <input type="checkbox"/> 3. GEGRADUEERD VERPLEEGK. <input type="checkbox"/> 4. GEGRADUEERD VERPLEEGK. BBT. <input type="checkbox"/> 5. GEBREV. VERPLEEGK. <input type="checkbox"/> 6. E.A. INSTRUCTEUR <input type="checkbox"/> 7. GENEESHEER <input type="checkbox"/> 8. VERPLEEGASS. <input type="checkbox"/> 9. VROEDVROUW <input type="checkbox"/> 10. PSYCH. VERPLEEGK. <input type="checkbox"/> 11. E.A. INSTRUCTEUR VERPLEEGK. <input type="checkbox"/> 12. PEDIATRISCH VERPLEEGK. <input type="checkbox"/> 13. DRS. MEDICUS <input type="checkbox"/>
PROVINCIE: WEST-VLAANDEREN	
DIENST:	1. GEMEENTEBESTUUR <input type="checkbox"/> 2. O.C.M.W. <input type="checkbox"/> 3. RODE KRUIS <input type="checkbox"/> 4. ZH O.C.M.W. <input type="checkbox"/> 5. ZH PRIVAAT <input type="checkbox"/> 6. ZH UNIVERSITAIR <input type="checkbox"/> 7. BRANDWEER <input type="checkbox"/> 8. PRIVAAT <input type="checkbox"/>
NAAM VAN DE DIENST:	
VRIJWILLIGER: JA <input type="checkbox"/>	REGELMATIG VAN DIENST OP
NEEN <input type="checkbox"/>	AMBULANCE: JA <input type="checkbox"/>
	NEEN <input type="checkbox"/>
NR. MEDISCHE SELECTIE: (RIJBEWIJS)	VERVALDATUM VAN DE MEDISCHE SELECTIE: