



Medizinisches Infoblatt

bitte vollständig und wahrheitsgetreu ausfüllen. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt.

Spielerangaben

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Geb. Datum	

Notfallnummer während Training/Match

Name 1		Mobile	
Name 2		Mobile	

Hausarzt

Name	
Vorname	
Adresse	
PLZ, Ort	
Telefon	

Krankheiten (Herz, Kreislauf, Lunge, Haut, Epilepsie, usw.)

<input type="checkbox"/>	JA	Wenn ja, welche:	
<input type="checkbox"/>	NEIN	Medi's:	

Allergien (Heuschnupfen, Lebensmittel, Bienen, usw.)

<input type="checkbox"/>	JA	Wenn ja, welche:	
<input type="checkbox"/>	NEIN	Medi's:	

Medikamente

<input type="checkbox"/>	JA	Wenn ja, welche:	
<input type="checkbox"/>	NEIN	Medi's:	

Versicherung / AHV-Nummer

--

Ort, Datum:

Unterschrift
Spieler _____

gesetzlicher
Vertreter _____