

<b>Aktuelle medikamentöse Behandlung</b>
Medikament:
Medikament:
Medikament:
Medikament:
Medikament:
Datum der letzten Tetanus-Impfung

Bei Infektionen oder fiebrigen Erkrankungen (z.B. Grippe, Erkältung, etc.) sollten Sie solange pausieren, bis Sie wieder völlig genesen sind.

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. In einem Schadensfall wird jegliche Haftung abgelehnt.

Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt habe.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

# Notfallblatt

## Bewegung und Sport / Ferien- und Sportwochen

- ⇒ Dieses Notfallblatt dient Ihrer eigenen Sicherheit
- ⇒ Alle Angaben werden vertraulich behandelt
- ⇒ Das Notfallblatt ist von Ihnen in einem verschlossenen und angeschriebenen Couvert bei jedem Treffen mitzuführen oder der Leitung abzugeben. Es kann nur dann helfen, wenn die Leitung weiss, wo es aufbewahrt wird.
- ⇒ Es liegt in Ihrem eigenen Interesse, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren.

<b>Persönliche Angaben</b>	
Name/Vorname:	
Strasse:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	Mobile:
Geburtsdatum:	
<b>Angehörige für Notfälle</b>	
Name/Vorname:	
Telefon:	Mobile:
<b>Hausarzt</b>	
Name/Vorname:	
PLZ/Ort:	
Telefon:	
<b>Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:</b>	
Patientenverfügung vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	

<b>Zutreffendes bitte ankreuzen:</b>		
1. Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Herzkrankheit bekannt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
3. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutverdünner	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
<b>Weitere wichtige Hinweise:</b>		