



# Medizinisches Infoblatt

Bitte vollständig ausfüllen. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt.

## Spielerin/Spieler

Name	<input type="text"/>
Vorname	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Geb. Datum	<input type="text"/>

## Notfallnummern während Trainings oder Matches

Name 1	<input type="text"/>	Tel. Mobile	<input type="text"/>
Name 2	<input type="text"/>	Tel. Mobile	<input type="text"/>
Name 3	<input type="text"/>	Tel. Mobile	<input type="text"/>

## Hausarzt

Name	<input type="text"/>
Adresse	<input type="text"/>
PLZ, Ort	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>

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

Ja      Wenn ja, welche

Nein

## Allergien (wie Heuschnupfen, Lebensmittel, Bienenstiche usw.)

Ja      Wenn ja, welche

Nein

## Medikamente

Ja      Wenn ja, welche

Nein

**Bemerkungen/Anliegen**

Ort, Datum

Unterschrift/en: die Spielerin/der Spieler

gesetzlich vertreten durch