



Medizinisches Infoblatt

Bitte vollständig ausfüllen. Sämtliche Daten werden vertraulich behandelt.

Spielerin/Spieler

Name

Vorname

Adresse

PLZ, Ort

Geb. Datum

Notfallnummern während Trainings oder Matches

Name 1 Tel. Mobile

Name 2 Tel. Mobile

Hausarzt

Name

Adresse

PLZ, Ort

Telefon

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