

Hinweis!
- Bitte gut leserlich, sorgfältig und gewissenhaft ausfüllen.
- Alle Angaben werden vertraulich behandelt.
- Die Angaben dienen zur besseren Versorgung im Notfall.

Angaben zur Person

Name, Vorname: _____
Anschrift: _____
Geburtsdatum: ____ . ____ . ____ (TT.MM.JJJ)
Geburtsort/-land: _____



Ansprechpartner im Notfall

1) Name, Vorname: _____
Telefonnummer: _____
2) Name, Vorname: _____
Telefonnummer: _____

Angaben zur Gesundheit [zutreffendes bitte ankreuzen]

Bekannte Krankheiten im familiären Umfeld:

Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Bluthochdruck _____
 Herzinfarkt, Schlaganfall _____
 Krebserkrankungen _____

Verletzungen in den letzten Jahren

z.B. Muskeln, Bänder, Sehnen, Knochenbrüche, Herzbeschwerden etc.

Bekannte Allergien oder Lebensmittelunverträglichkeiten

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gluten | <input type="checkbox"/> Milchprodukte | <input type="checkbox"/> Früchte allgemein |
| <input type="checkbox"/> Zitrusfrüchte | <input type="checkbox"/> Blütenpollen | <input type="checkbox"/> Heuschnupfen |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Bekannte Krankheiten oder Diagnosen

| | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asthma | <input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck |
| <input type="checkbox"/> Diabetis mellitus (Typ I) | <input type="checkbox"/> Diabetis mellitus (Typ II) | <input type="checkbox"/> Epilepsie |
| <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ | <input type="checkbox"/> _____ |

Regelmäßige Medikation

Weitere Anmerkungen

Raucher Ja Nein

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift (des Erziehungsberechtigten bei Minderjährigen)

rev 1.2 / 11-2015

WIR SIND GOHFELD.