

VfL | Notfallkarte



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

Gluten Milchprodukte Früchte allgemein

Zitrusfrüchte Blütenpollen Heuschnupfen

_____ _____ _____

Bekannte Krankheiten oder Diagnosen

Asthma Herzrhythmusstörungen Bluthochdruck

Diabetes mellitus (Typ I) Diabetes mellitus (Typ II) Epilepsie

_____ _____ _____

Regelmäßige Medikation

Weitere Anmerkungen

Raucher Ja Nein

Hinweis!

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

.....
Ort, Datum

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