



KINDERTURNEN - NOTFALLAUSWEIS

Foto,
wenn vorhanden

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Straße und Hausnummer

PLZ, Ort

BESONDERE ANFÄLLIGKEITEN, CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Dialysabehandlung Ja Nein

Bluter (Hämophilie) Ja Nein

Asthma Ja Nein

Diabetes Ja Nein

Krämpfe/Nervenleiden Ja Nein

Chronische Organleiden Ja Nein

Welche? _____

Herz-Kreislauf-Erkrankungen Ja Nein

Welche? _____

Allergien Ja Nein

Welche? _____

Tetanus-Impfung: Ja Nein

Medikamentöse
Langzeitbehandlung: Ja Nein

Präparat: _____

Operationen, andere Risikofaktoren: _____

Bemerkung/Sonstiges: _____

ELTERN/SORGEBERECHTIGTE:

Nachname, Vorname

Telefon Mobil

Nachname, Vorname

Telefon Mobil

Bei einem Notfall zusätzlich zu benachrichtigen:

Nachname, Vorname

Telefon Mobil

Nachname, Vorname

Telefon Mobil

KINDER-/HAUSARZT: _____

Erstellt: _____ überprüft: _____ überprüft: _____