

**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.