

***NOTFALLBLATT***

* Dieses Notfallblatt dient zu Ihrer eigenen Sicherheit
* Alle Angaben werden vertraulich behandelt
* Das Notfallblatt sollte immer auf Frau/Mann mitgeführt werden
* Es liegt in Ihrem eigenen Interesse, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren.

|  |
| --- |
| **Persönliche Angaben** |
| Name / Vorname: |
| Strasse: |
| PLZ / Ort: |
| Telefon: |
| Handy: |
| Geburtsdatum: |
| **Angehörige für Notfälle** |
| Name / Vorname: |
| Telefon: |
| Handy: |
| **Hausarzt** |
| Name / Vorname: |
| PLZ / Ort: |
| Telefon: |

Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

1. Ist bei Ihnen eine Lungen oder Herzkrankheit bekannt?

O ja O nein

1. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen:

O ja O nein

1. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?

O ja O nein

|  |
| --- |
| Allergien O ja O nein |
|  |
| Diabetes O ja O nein |
|  |
| Epilepsie O ja O nein |
|  |
| Blutverdünner O ja O nein |
|  |
| Zu hoher Blutdruck O ja O nein |
|  |
| Herzinfarkt O ja O nein |
|  |
| Herzschrittmacher O ja O nein |
|  |

**Weitere wichtige Hinweise z.B.:**

Blutgruppe :

|  |
| --- |
| **Aktuelle medikamentöse Behandlung** |
| Medikament: |
| Medikament |
| Medikament |
| Medikament |
| Medikament |

Bei Infektionen oder fiebrigen Erkrankungen (z.B. Grippe, Erkältung, etc.) sollten Sie solange pausieren, bis Sie wieder völlig genesen sind.

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Der Leiter/Die Leiterin lehnt in einem Schadenfall jegliche Haftung ab.

Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt habe.

|  |
| --- |
| Ort / Datum: |
|  |
| Unterschrift: |