



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?
 ja nein
2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen:
 ja nein
3. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?
 ja nein

Allergien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Diabetes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Epilepsie	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Blutverdünner	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Zu hoher Blutdruck	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzinfarkt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Herzschrittmacher	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Weitere wichtige Hinweise:

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: _____