



# 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.

<b>Persönliche Angaben</b>
Name / Vorname:
Strasse:
PLZ / Ort:
Telefon:
Handy:
Geburtsdatum:
<b>Angehörige für Notfälle</b>
Name / Vorname:
Telefon:
Handy:
<b>Hausarzt</b>
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 z.B.:**

Blutgruppe :

<b>Aktuelle medikamentöse Behandlung</b>
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: \_\_\_\_\_