



Fragebogen für den Notfall

Name und Vorname : _____

Geburtstag : _____

Adresse : _____

Notfalltelefon : _____

Krankenversicherung : _____

Versichert über : _____

Letzte Tetanus Impfung : Wann ? _____

Ständige Medikamente ! Wenn ja Welche

Chronische Krankheiten : Welche ?

Unfall / Brüche

Wenn ja : Welche ? _____ Wann ? _____

Wenn ja : Welche ? _____ Wann ? _____

Wenn ja : Welche ? _____ Wann ? _____

Spezielle Fragen :

Hattest du in den letzten 2 Jahren :

1. **Plötzliche Ohnmacht (Kollaps) beim Sport ?** _____

2. **Bewusstlosigkeit oder Schwindel beim Sport ?** _____

3. **Herzschmerzen beim Sport?** _____

4 **Herzstolpern beim Sport oder danach ?** _____

5. **Ungewöhnliche Luftnot beim Sport ?** _____

6. **Trägst du eine Brille ? Warum ?** _____

7. **Hast du Muskel oder Gelenkbeschwerden**
Wenn ja welche , wo und seit wann? _____

8. **Sind Allergien bekannt ?** _____

9. **Alle Kinderimpfungen vorhanden ?** _____

10. **Worauf müssen wir sonst noch achten ?**

.....
Ort, Datum Unterschrift

.....
Unterschrift eine
Erziehungsberechtigten unterhalb
18 Jahre