



Datenblatt für Sportunfälle

Name, Vorname, Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

Krankenkasse

Hauptversicherte/r, Geburtsdatum, Telefon

Letzte Tetanus-Impfung

Mein Kind hat folgende gesundheitliche Probleme/Einschränkungen/Schäden:

Mein Kind nimmt folgende Medikamente ein:

Mein Kind ist allergisch gegen folgende Medikamente/Lebensmittel/Insektenstiche:

Bei einem Notfall bin ich mit einer Röntgenuntersuchung einverstanden:

Ja

Nein

Falls wir nicht erreichbar sind, verständigen Sie im Notfall bitte:

Name, Telefon

Datum, Unterschrift Erziehungsberechtigte/r