



## Gesundheitsdatenblatt Jugend

Name des Spielers: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nummer: \_\_\_\_\_

Versichert über: ( ) Familienversicherung ( ) Selbstversicherer ( ) Anders:

Private Zusatzversicherung: ( ) Nein ( ) Ja, bei der \_\_\_\_\_

Ansprechpartner im Falle eines Unfalls (Festnetz / Handy):

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ ( ) Erziehungsberechtigter

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ ( ) Erziehungsberechtigter

Adresse des/der Erziehungsberechtigten: \_\_\_\_\_

Krankengeschichte: \_\_\_\_\_

Letzte Tetanusimpfung: \_\_\_\_\_

Chronische Erkrankungen ( ) Asthma ( ) Diabetes ( ) Andere

Allergien und dazugehörige Medikamente:

\_\_\_\_\_

Sofortmaßnahmen: \_\_\_\_\_

Medikamentenunverträglichkeit: ( ) Ja ( ) Nein

Und zwar: \_\_\_\_\_

Kontaktlinsen während des Spiels/Trainings: ( ) Ja ( ) Nein ( ) u.U.

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Ich bin damit einverstanden, dass meine(m/r) Sohn/Tochter im Einzelfall und in angemessener Dosierung ( ) Schmerzmittel z.B. Paracetamol ( ) homöopathische Mittel verabreicht werden dürfen.

Ich bin damit einverstanden, dass im Bedarfsfall ein Betreuer/Mitglied des Vereins mit meinem Sohn/Tochter

- ( ) Einen Arzt / ein Krankenhaus in der Umgebung aufsucht,
- ( ) eine u.U. notwendige Röntgenaufnahme / MRT oder andere diagnostische Untersuchung gemacht wird /werden,
- ( ) weitere klinische Maßnahmen – sofern med. notwendig – ohne weitere Rücksprache durchgeführt werden.

Unterschrift Erziehungsberechtigte/r \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

SV „Erfa“ 09 Gymnich e.V. – Moselstr. 27 – 50374 Erfstadt

Internet: [www.bravehearts-football.de](http://www.bravehearts-football.de)

E-Mail: [info@bravehearts-football.de](mailto:info@bravehearts-football.de)

Bankverbindung:

IBAN:

BIC:

Kreissparkasse Köln

DE89 3705 0299 0199 0011 98

COKSDE33XXX

oder

Raiffeisenbank Gymnich

DE46 3706 9322 3000 4300 12

GENODED1EGY