

ABTEILUNG VOLLEYBALL



Gesundheitsbogen

Name: _____

Straße: _____

Ort: _____

Geboren am: _____

Folgende gesundheitliche Probleme / Krankheiten / Allergien sind bekannt:
(Angaben sind freiwillig, sie verbleiben beim Trainer und werden nur einem Arzt als Information zur Verfügung gestellt, falls im Training oder im Spielbetrieb eine unverzügliche medizinische Versorgung erfolgen muss)

Blutdruck: _____

Herzerkrankung: _____

Allergische Erkrankungen: _____

Stoffwechselerkrankung: _____

Medikamente: _____

Muskulatur: _____

Sehnen: _____

Bänder: _____

Gelenke: _____

Sonstiges: _____

Folgende Sport- oder sonstige Verletzungen traten bereits auf:

In Notfall bitte folgende Personen verständigen - mit Angabe der Handy-Nummer:

1. _____ Handy-Nr. _____

2. _____ Handy-Nr. _____

Ort, Datum

Unterschrift aller Erziehungsberechtigten