

Datenblatt für Sportunfälle



Name, Vorname (des Kindes)

Anschrift (des Kindes)

Krankenkasse des Hauptversicherten

Telefon

Name des Hauptversicherten

Geburtsdatum

letzte Tetanusimpfung

Mein Kind hat folgende gesundheitliche Schäden:

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

Mein Kind ist allergisch gegen folgende Medikamente:

Ich bin mit einer Röntgenuntersuchung im Notfall

- einverstanden
 nicht einverstanden

Im Falle einer ärztlichen Untersuchung darf ein Trainer/Betreuer der FV Wannsee anwesend sein

- einverstanden
 nicht einverstanden

Falls wir nicht erreichbar sind verständigen Sie im Notfall bitte:

Name

Telefon

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter