

➤ Das Notfallblatt immer auf Frau / Mann mitführen, in der Gesässtasche oder in der Aussen tasche des Rucksacks.

- Dieses Notfallblatt dient zu Ihrer eigenen Sicherheit
- Es liegt in Ihrem eigenen Interesse, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren. Stand: Monat: \_\_\_\_\_ Jahr: \_\_\_\_\_

|                                |
|--------------------------------|
| <b>Persönliche Angaben</b>     |
| Name / Vorname:                |
| Strasse:                       |
| PLZ / Ort:                     |
| Telefon:                       |
| Handy:                         |
| Geburtsdatum:                  |
| <b>Angehörige für Notfälle</b> |
| Name / Vorname:                |
| Telefon:                       |
| Handy:                         |
| <b>Hausarzt</b>                |
| Name / Vorname:                |
| PLZ / Ort:                     |
| Telefon:                       |

Blutgruppe: \_\_\_\_\_ Spitalaufenthalt Kategorie:  allgemein  Halbprivat  Privat  Zusatz: \_\_\_\_\_

Besonderes: \_\_\_\_\_

-----hier falten-----

**Zutreffendes bitte ankreuzen:**

1. Ist bei Ihnen eine Lungen oder Herzkrankheit bekannt?  
 ja  nein
2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen:  
 ja  nein
3. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?  
 ja  nein

|                    |                                                     |                    |                                                     |             |                                                     |
|--------------------|-----------------------------------------------------|--------------------|-----------------------------------------------------|-------------|-----------------------------------------------------|
| Allergien:         | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Nein | Diabetes:          | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Epilepsie:  | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Blutverdünner:     | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Zu hoher Blutdruck | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Herzinfarkt | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein |
| Herzschrittmacher: | <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein | Weitere Krankheit: |                                                     |             |                                                     |

| <b>Aktuelle medikamentöse Behandlung</b> |    |                |                   |
|------------------------------------------|----|----------------|-------------------|
| Name des Medikaments / ev. Hersteller    | mg | Anz. Tabletten | Mo / Mi / Ab / Na |
| 1.                                       |    |                |                   |
| 2.                                       |    |                |                   |
| 3.                                       |    |                |                   |
| 4.                                       |    |                |                   |
| 5.                                       |    |                |                   |

Bei Infektionen oder fiebrigen Erkrankungen (z.B. Grippe, Erkältung, etc.) sollten Sie solange pausieren, bis Sie wieder völlig genesen sind.

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Der Leiter / die Leiterin lehnt in einem Schadenfall jegliche Haftung ab.

Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt habe.

Ort / Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_