

# Datenblatt für Sportunfälle

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort

Krankenkasse

Telefon

Hauptversicherter

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 bei einem Notfall

- einverstanden
- nicht einverstanden

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

Name

Telefon

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter