

Datenblatt für Sportunfälle

Name, Vorname (des Kindes)

Anschrift (des Kindes)

Krankenkasse des Hauptversicherten

Telefon

Name des Hauptversicherten

Geburtsdatum

letzte Tetanusimpfung

Mein Kind hat folgende ERKRANKUNGEN

Mein Kind nimmt regelmäßig folgende Medikamente ein:

Mein Kind ist allergisch gegen folgende Medikamente:

Ich bin mit einer Röntgenuntersuchung im Notfall

einverstanden

nicht einverstanden

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

Name

Telefon

Datum

Unterschrift Erziehungsberechtigter