



## Anhang H

### Medizinische Informationen

#### Persönliche Daten der Spielerin/des Spielers

Vor- und Nachname	Geburtsort, -datum
Straße	PLZ, Wohnort
E-Mail-Adresse	

#### Versicherungsinformationen

Versicherungsunternehmen	Versichertennummer
--------------------------	--------------------

#### Eltern-Kontaktinformationen

Mutter: Name, Mobilnummer	Vater: Name, Mobilnummer
Kontaktperson, falls Eltern nicht erreichbar: Name, Mobilnummer	

#### Ärzte

Hausarzt: Name, Kontaktnummer (Praxis, Mobilnummer)	Zahnarzt: Name, Kontaktnummer (Praxis, Mobilnummer)
---	---

#### Medizinischer Fragebogen

Letzte Tetanus-Impfung	Letzte Überprüfung der Sporttauglichkeit
Regelmäßig eingenommene Medikamente	Allergien
Sonstige Informationen	

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- |  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vegetarier          | <input type="checkbox"/> Allergiker                         | <input type="checkbox"/> Atemnot bei körperlicher Belastung                           | <input type="checkbox"/> Trägt ein medizinisches Notrufarm- oder Halsband    |
| <input type="checkbox"/> Diabetiker          | <input type="checkbox"/> Asthmatiker                        | <input type="checkbox"/> Ohnmachtsanfälle bei Belastung                               | <input type="checkbox"/> Krankenhausaufenthalt vergangenes Jahr              |
| <input type="checkbox"/> Kontaktlinsenträger | <input type="checkbox"/> Epileptiker                        | <input type="checkbox"/> Gehirnerschütterung erlitten                                 | <input type="checkbox"/> Operation im vergangenen Jahr                       |
| <input type="checkbox"/> Zahnpangenträger    | <input type="checkbox"/> Herzkrank                          | <input type="checkbox"/> Krankheit, die länger als eine Woche im verg. Jahr andauerte | <input type="checkbox"/> Anti-Doping: Medizinische Ausnahmegenehmigung (TUE) |
| <input type="checkbox"/> Gehörgeschädigter   | <input type="checkbox"/> Aktuelle Einnahme von Medikamenten | <input type="checkbox"/> Medizinisches Notrufarmband                                  | <input type="checkbox"/> Anti-Doping: Erklärung zum Gebrauch (DoU)           |