



Lübeck Cougars Gesundheitsbogen

Name des Spielers: _____ Geburtsdatum: _____

Straße/PLZ/ORT: _____

Telefon/Handy: _____

Krankenkasse/Versicherung + Versicherungsnummer: _____

*Privatversicherung, wer ist Hauptversicherter? Vater o. Mutter? Bitte angeben:

Name der/des Erziehungsberechtigten/Angehörige/Im Notfall erreichende Person: _____

Telefon/Handy: _____

	Ja, welche/wann?	Nein
Regelmäßig eingenommene Medikamente		
Blutverdünner		
Allergien gg. Medikamente		
Allergien gg. Insekten		
Allergien gg. Nahrungsmittel		
Relevante Operationen?		
Tetanusimpfschutz (Kopie Impfausweis hinzufügen)		

Bestehen chronische Erkrankungen?

	Ja	Nein
Diabetes		
Bluthochdruck		
Asthma bronchiale		

Andere chronische Erkrankungen: _____

***Hiermit erklären wir uns einverstanden, dass unser Sohn durch das Trainer-, Betreuerteam, bei Bedarf medizinisch versorgt wird.**

Über die Notwendigkeit wird das Trainer- und Betreuerteam vor Ort entscheiden.

Hierunter fallen folgende Maßnahmen:

	Ja	Nein
Kühlung		
Taping		
Wundversorgung		
Salbenverbände		
Medikamentengabe		
Krankenhausbesuch (Röntgen)		

Folgende Medikamente dürfen verabreicht werden:

	Ja	Nein		Ja	Nein
Paracetamol			Ibuprofen		
Novalgin			Salben		
Iberogast			Ceterizin		
Meditonsin			Imodium		

Im Notfall wir das Betreuerteam einen Rettungsdienst anfordern und/oder einen Arzt bzw. eine Klinik aufsuchen.

Schweigepflichtsentbindung:

Hiermit entbinde ich im Falle eines Arzt- oder Krankenhausaufenthaltes im Rahmen einer sportlichen Betreuung die behandelten Ärzte gegenüber dem medizinischen Team der U19 / 1. Herren / 2. Herren (nicht zutreffendes bitte streichen) der ärztlichen Schweigepflicht. (Anbei separate Liste des medizinischen Teams)

Ich stimme zu: ____

Ich stimme nicht zu: ____

Ort/Datum

Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten/des Spielers

*betrifft nur Jugendliche unter 18 Jahren