

# Medizinisches Datenblatt

Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
(Handballer(in)) (Handballer(in))

Sozialversicherung \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer \_\_\_\_\_  
(z.B. WGKK)

mitversichert bei \_\_\_\_\_  
(Name, Vers.Nr., Arbeitgeber)

## Kontakt bei Notfällen

Name (Verhältnis, z.B. Vater)

Telefon - tagsüber

Telefon - abends

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

## Angaben zur Gesundheit:

Ich / mein Kind leide(t) unter folgenden Erkrankungen (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Ja	Nein	Welche?
des Herz-Kreislauf-Systems	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
der Atemwege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Bisherige Operationen:

## Weiter auf der Rückseite!

### Danube Flyers – Handball in Wien

ZVR 417284336  
Schererstraße 50/3/7 • 1210 Wien

office@danube-flyers.at; [www.danube-flyers.at](http://www.danube-flyers.at)

### Bankverbindung:

Hypo Niederösterreich Landesbank  
W.A.T. Förderverein für Handball in Floridsdorf  
IBAN: AT74 5300 0065 5500 1655  
BIC: HYPNATWW

### Fortsetzung medizinisches Datenblatt

Name \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

Ich / mein Kind habe / hat folgende Allergien:

\_\_\_\_\_

Die Allergie kann in Form von Anfällen akut werden:  Ja  Nein

Welche Maßnahmen sind in diesem Falle zu treffen? \_\_\_\_\_

Impfungen - Ich habe / mein Kind hat folgende Impfungen

	Ja	Nein	Datum der letzten Impfungen
FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis A	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
Hepatitis B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Folgende Medikamente müssen regelmäßig eingenommen werden:

Medikament	früh	mittags	abends	bei Bedarf
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

Mein Kind darf bei Bedarf ein Schmerzmittel bekommen:  Ja  Nein

wenn ja, welches?	Paracetamol (z.B. Mexalen)	<input type="checkbox"/>
	Voltaren (=Diclofenac)	<input type="checkbox"/>
	Parkemed	<input type="checkbox"/>
	nach ärztlichem Ermessen	<input type="checkbox"/>

Andere Medikamente müssen selbst mitgebracht werden und dürfen nicht auf der Dopingliste stehen (ausgenommen Medikamente, die von der Dopingkommission genehmigt wurden). Information, über Medikamente die auf der Dopingliste stehen, finden sie unter [www.nada.at](http://www.nada.at)

Ort, Datum

Unterschrift  
(bei Minderjährigen durch  
Erziehungsberechtigte(n) zu unterzeichnen)