



Medizinischer Fragebogen der Footballer

Liebe Eltern, hallo Footballer,

diesen medizinischen Fragebogen bitte sorgfältig und gewissenhaft ausfüllen. Dieser Bogen wird uns im Falle eines Notfalls sehr hilfreich sein und uns oder dem behandelnden Arzt wertvolle Informationen geben. Diese Daten und Informationen werden ausschließlich zum Wohl des Mitglieds verwendet und als interne Daten aufbewahrt. Sollten gesundheitliche Veränderungen auftauchen bitten wir Euch/Sie, diese umgehend der/dem Beauftragten für American Football oder dem Trainer mitzuteilen.

Spieler	Angehörige, die zu benachrichtigen sind
Name, Vorname: _____	_____
Anschrift: Str. + Hausnr. _____	_____
PLZ Ort _____	_____
Telefon (Festnetz) _____	_____
Telefon (Handy) _____	privat dienstlich
Geburtsdatum: _____ Geb.ort: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Krankenkasse: _____	Versichertenr. _____

Fragestellung	Ja	Nein	Erläuterung (z. B. welche)
Befindest du dich momentan in ärztlicher Behandlung?			
Nimmst du regelmäßig verordnete Medikamente ein?			
Hast du körperliche Einschränkungen, die bestimmte Bewegungen verbieten oder beeinträchtigen?			
Leidest du an folgenden Krankheiten (auch i. d. Vergangenheit)			
Bestehen Allergien (jeglicher Form)			
Asthma oder Atembeschwerden, speziell bei Anstrengung			
jegliche Form von Lungenerkrankung			
Zuckerkrankheit (Tabletteneinnahme / Einspritzungen erforderl.)			
Bluthochdruck			
Herzkrankheiten			
epileptischen Anfällen, Krämpfe, Migräneanfälle			
Ohnmachtsanfällen / Gleichgewichtsstörungen oder häufige Schwindelzustände			
Schwerhörigkeit bzw. Gehörlosigkeit			
trägst du Hilfsmittel (z. B. Hörgeräte, Prothesen o. ä.)			

Wie soll bei: Sonneneinstrahlung / einer Verletzung / ggf. einem Anfall usw. verfahren werden:

Darf das Kind mit Sonnenmilch, Pflaster / Salbe usw. behandelt werden?			
--	--	--	--

Ich/wir erkläre/n, dass die obigen Angaben zum Gesundheitszustand korrekt sind und mit bestem Wissen und Gewissen erfolgten. Ich/wir übernehme/n die volle Verantwortung für unterlassene Angaben zum vergangenen oder gegenwärtigen Gesundheitszustand.

Medienerklärung:

Ich erkläre mein/unser Einverständnis, dass sämtliches Material, das bei Foto- oder Filmaufnahmen entsteht, zeitlich, räumlich und inhaltlich uneingeschränkt verwendet werden darf.

Ort, Datum _____ Unterschrift Footballer _____ Unterschrift Erziehungsberechtigter _____

ärztliche Bescheinigung

Bitte in DRUCKSCHRIFT leserlich ausfüllen.

Name, Vorname: _____

Anschrift: Str. + Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Telefon (Festnetz) _____

Telefon (Handy) _____

Geburtsdatum: _____ Geb.ort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Krankenkasse: _____

Versichertenr. _____

Name und Adresse des Hausarztes

Name, Bezeichnung: _____

Anschrift: Str. + Hausnr. _____

PLZ Ort _____

Telefon (Festnetz) _____

Beurteilung

Es besteht aus ärztlicher Sicht keine Bedenken gegen die Durchführung von Vereinssport im Bereich der großen Sportspiele (speziell American (Tackle) Football) und der Teilnahme am Ligaspielbetrieb sowie dem dafür notwendigen leistungsorientierten Training.

ggf. ergänzende Bemerkungen (z. B. bei evtl. Einschränkungen)

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift Arzt/Ärztin