

Medizinformular

ATHLET*IN (Vorname, Name): _____ Geb.-Dat. _____

Kontaktperson im Notfall:

Vorname, Name: _____

Mobile: _____ E-Mail _____

DIAGNOSE(N):

BEZEICHNUNG	JA	NEIN						
Diabetes								
Lungenerkrankung								
Bluterkrankheit/Gerinnungsstörung								
Verhaltensauffälligkeit								
Epilepsie								
Herzkrankheit / Fehler								
Inkontinenz								
Atlanto-Axial-Instabilitätstest bei Trisomie 21 gemacht								
Allergien gegen: Medikamente (welche?) _____ Insektenstiche (welche?) _____ Nahrungsmittel (was?) _____								
Spezielle Ernährung _____ vegetarisch _____ kein Schweinefleisch _____								
Medikamente: regelmässige Benützung?								
Medikament	Morgen		Mittag		Abend		Nacht	
	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge	Zeit	Menge
Bemerkung :								

Während der Veranstaltung steht dieses Medizinformular dem medizinischen Team zur Verfügung und wird danach vernichtet. Grundsätzlich ist der Coach für die korrekte Einnahme der Medikamente verantwortlich.

Bitte geben Sie uns die Notfallmedikamente (z.B. im Falle eines epileptischen oder allergischen Anfalls) an:

Name des Medikaments _____ Dosis _____

Besonderheiten _____

Der Headcoach bestätigt bei der Anmeldung, dass alle gemeldeten Athlet*innen in einer guten körperlichen Verfassung sind und falls notwendig alle medizinischen Abklärungen und Massnahmen getroffen wurden, damit sie ihre Sportart verletzungsfrei ausüben können. Er ist verantwortlich und entscheidet, ob und wie der Athlet oder die Athletin die Sportart ausüben kann. Die Organisation und Special Olympics Switzerland lehnen bei Unfällen und Verletzungen jede Haftung ab.

JA , ich bestätige das Formular verstanden und wahrheitsgetreu ausgefüllt zu haben.

Datum: _____

Unterschrift: _____
(Kontaktperson)