|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | | **Aktuelle medikamentöse Behandlung** | | Medikament: | | Medikament: | | Medikament: | | Medikament: | | Medikament: |   Bei Infektionen oder fiebrigen Erkrankungen (z.B. Grippe,  Erkältung, etc.) sollten Sie solange pausieren, bis Sie wieder völlig genesen sind.  Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Der Leiter/Die  Leiterin lehnt in einem Schadensfall jegliche Haftung ab.  Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, alles verstanden  und korrekt ausgefüllt habe.  Ort/Datum: …………………………………………………………………..  Unterschrift: ………………………………………………………………… | | | Logo SAC Zofingen_500.jpg Notfallblatt  Ev. Foto  Emergency sheet    für    \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_   * Für alle Touren - Teilnehmer der SAC Sektion Zofingen. * Dieses Notfallblatt dient der eigenen Sicherheit. * Alle Angaben werden vertraulich behandelt. * Das Notfallblatt ist von Ihnen in einem verschlossenem und angeschriebenen Kuvert im Rucksack mitzuführen. Es hilft nur dann, wenn es bei Touren mitgeführt wird. * Es liegt in Ihrem eigenen Interesse, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren. |
| |  | | --- | | **Persönliche Angaben** | | Vorname: | | Name | | Strasse: | | PLZ/Ort: | | Telefon: | | Mobile | | Geburtsdatum: | | **Angehörige für Notfälle** | | (1) Name/Vorname:  Telefon: +41 Mobile: +41 | | (2) Name/Vorname:  Telefon 41 Mobile +41 | | **Hausarzt** | | Name/Vorname: | | PLZ/Ort: | | Telefon: +41 | | **Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:** | | |  | | --- | | **Zutreffendes bitte ankreuzen:** | | 1. Ist bei Ihnen eine Lungen oder Herzkrankheit bekannt?  O nein O ja  2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder  Herzrhythmusstörungen?  O nein O ja  3. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel   verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?  O nein O ja | | Allergien O nein O ja | | Diabetes O nein O ja | | Epilepsie O nein O ja | | Blutverdünner O nein O ja | | Zu hoher Blutdruck O nein O ja | | Herzinfarkt O nein O ja | | Herzschrittmacher O nein O ja | | Blutgruppe ………………………………… | | **Weitere wichtige Hinweise:** | | | |