|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
| **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/DieLeiterin lehnt in einem Schadensfall jegliche Haftung ab.Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, alles verstandenund korrekt ausgefüllt habe.Ort/Datum: …………………………………………………………………..Unterschrift: ………………………………………………………………… | Logo SAC Zofingen_500.jpg NotfallblattEv. 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 ja2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen? O nein O ja3. 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:** |

 |