



MEDICAL Anamneseblatt

Name

Vorname

Geburtsdatum

AHV Nr.

Adresse

PLZ / Ort

Handynummer

Email – Adresse

für den Notfall: Name und Telefonnummer Kontaktperson

.....

Hausarzt, Ort, eventuell Telefonnummer

.....

Bist du in ärztlicher Behandlung oder sonstiger medizinischer Therapie?

Diagnose(n)?

.....

Hast du Allergien? Überempfindlichkeiten?

.....

Leidest du an einer chronischen Erkrankung?

.....

Nimmst du Medikamente, Aufputzmittel? Welche?

.....

Hast du im letzten Jahr Operationen, Knochenbrüche oder grössere

Verletzungen gehabt?

.....

Dopingaufklärung gelesen, verstanden und unterschrieben

(www.antidoping.ch)?

.....

Datum..... Unterschrift

(unter 16 Jahren Unterschrift der Eltern)

Ich bitte dich, dies korrekt auszufüllen, damit wir für dich eine optimale Sportbetreuung leisten können. Die Infos werden vertraulich im Medical Team behandelt und nicht (ohne deine Zustimmung) weitergeleitet.

Mit bestem Dank, das Medical Team