

Informationsblatt für Teilnehmer

Name:

Vorname :

Adresse :

E-Mail:

Telefon :

Geburtsdatum :

Personen, die im Notfall kontaktiert werden sollen (Name, Beziehung, Telefonnummer) :

Vorbestehende Krankheiten und medizinische Informationen

Persönliche Medikamente :

Allergien :

Blutgruppe :

Diabetes : Ja Nein

Asthma : Ja Nein

Probleme Herz : Ja Nein

Epilepsie : Ja Nein

Blutverdünner : Ja Nein

Schwindel : Ja Nein

Andere wichtige Informationen:

Datum, Unterschrift :