

Spielerkartei

Persönliche Informationen der SpielerInnen

Name: _____ Vorname: _____
Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____
Straße Nr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ E-Mail: _____
WhatsApp: Ja / Nein

Informationen für den Notfall

Krankenversicherung und Versicherungsnummer: _____

Blutgruppe _____
Bekannte medizinische Probleme/
Vorerkrankungen (Hämophilie, Asthma,
Kreuzbandriss, etc.) + Jahr : _____

Bekannte Allergien (Penicillin, Ibuprofen,
Meeresfrüchte, etc.) _____

Regelmäßige Medikamenteneinnahme (Ja/Nein) _____
Vorsorgevollmacht vorhanden (Ja/Nein) _____
Patientenverfügung vorhanden (Ja/Nein) _____
Organspendeausweis vorhanden (Ja/Nein) _____



Kontakt zu den Eltern/ Erziehungsberechtigten

Kontaktperson 1

Name: _____ Vorname: _____

Beziehung zu SpielerIn: _____

Straße Nr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Handy: _____

E-Mail: _____

Kontaktperson 2

Name: _____ Vorname: _____

Beziehung zu SpielerIn: _____

Telefon: _____ Handy: _____

Die erhobenen Daten dienen ausschließlich dem Kontakt des Trainers zur SpielerIn bzw. für das medizinische Personal im Notfall und werden bei Austreten aus der Mannschaft/ dem Verein gelöscht.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Erziehungsberechtigten

