

Medical Check für Gruppen

Es muss nur ein Exemplar für die gesamte Gruppe ausgefüllt werden. Die Personen, bei denen eine der u.g. Indikatoren vorliegt, müssen namentlich aufgeführt werden. Das Formular bitte am Tag der Veranstaltung beim Trainer abgeben.

Die Angaben sind von der zuständigen Betreuungsperson auszufüllen!

Schule/Verein/Institution/Einrichtung _____

Datum der Veranstaltung _____

Zuständige Betreuungsperson _____

Es liegen folgende Indikatoren vor:

1. Herz-und Kreislauferkrankungen Ja Nein Name: _____

2. Asthma Bronchiale Ja Nein Name: _____

3. Diabetes Ja Nein Name: _____

4. Allergien Ja Nein Name: _____

5. Orthopädische Erkrankungen Ja Nein Name: _____

6. Anfallserkrankungen Ja Nein Name: _____

7. Sonstiges Ja Nein Name: _____

Wenn ja, was:

_____ Name: _____

_____ Name: _____

_____ Name: _____

Ggf. Einverständnis des behandelnden Arztes.

Datum: _____

Unterschrift: _____