

NOTFALLBLATT

Serie: _____ Kategorie: _____ Start.Nr.: _____

Name, Vorname: _____

Strasse, Haus Nr.: _____

Land / PLZ / Ort: _____ / _____ / _____

Telefon +41 71 7539511 +__ / __ / _____ Handy: +__ / __ / _____

Geb.Datum: ____ . ____ . ____ Zivilstand: _____

Email: _____

Beruf: _____ Konfession: _____

Arbeitgeber Adr.: _____

Tel. +__ / __ / _____ Email: _____

Hausarzt, Adr.: _____

Tel. +__ / __ / _____ Email: _____

Versicherung:	Name	Allgemein	Halbprivat	Privat
Unfallversicherung:	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Unfall Zusatz:	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Krankheit:	_____	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Angaben für Arzt/Rettung/Spital zum Gesundheitszustand: (Medikamente, Allergien usw.)

- Ich befreie Arzt, Rettungsdienst, Spital bei einem Zwischenfall von der ärztlichen Schweigepflicht bei Fragen von Mitgliedern der Rettungskette, OK Präsident, Rennleitung, Notfallkontakt.
- Nein ich erteile keine Auskunftsfreigabe im Falle eines Zwischenfalls gegenüber dritten.

1. Notfallkontakt: Familie Kollege Handy: +__ / __ / _____

2. Notfallkontakt: Familie Kollege Handy: +__ / __ / _____

Ort, Datum, rechtsgültige Unterschrift: _____