

Medizinischer Fragebogen
für Spielerinnen der Bochum Miners



Dies ist ein Notfallbogen, der von allen Spielerinnen auszufüllen ist. Die Daten werden vertraulich behandelt und *verschlossen* für einen eventuellen Notfall aufbewahrt.

Dieser Bogen dient dann dem behandelnden Arzt im Ernstfall für eine schnelle und konkrete Übersicht bzw. Behandlung.

Je genauer die Informationen für die Ärzte sind, umso besser. Doch bleibt das korrekte und vollständige Ausfüllen dir überlassen.

Minderjährige Spielerinnen haben zu Beginn ihrer Mitgliedschaft eine Bescheinigung über ihre Sporttauglichkeit einzureichen (allgemein, ggf. für American Football; in der Regel durch den Hausarzt möglich; sog. IgeL-Leistung).

Name: _____ **Vorname:** _____
Straße, Hausnr.: _____ **PLZ, Ort:** _____
Geburtsdatum: _____ **Geburtsort:** _____
Geschlecht: _____ **Nationalität:** _____

Im Notfall zu benachrichtigen:

Krankenkasse: _____
Versicherungsnr.: _____
Zusatzversicherung o.Ä.: _____
Blutgruppe: _____

Organspendeausweis vorhanden?: Ja Nein **Anmerkungen:** _____

Befindest du dich zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

Leidest du an folgenden Krankheiten (auch in der Vergangenheit)?:

- **Diabetes mellitus** Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Bluthochdruck** Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Herzerkrankungen** Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Epilepsie/Ohnmachtsanfälle** Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Migräne/häufiger Schwindel oder Krämpfe** Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Allergien** Ja Nein
Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Asthma** Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

- **Andere chronische Erkrankungen** Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

Trägst du Hilfsmittel? Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

Hattest du bereits Sportverletzungen/orthopäd. Operationen? Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

Hattest du allgemein bereits Operationen? Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

Nimmst du regelmäßig Nahrungsergänzungsmittel ein? Ja Nein

Wenn ja, Erläuterungen: _____

Falls diese Medikamente/Mittel auf der Dopingliste vermerkt sind, bitte ärztliche Bescheinigungen beilegen. Bei Unsicherheiten zur Dopingliste bitte an den Hausarzt wenden.

Sonstige Anmerkungen:

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Daten und willige ein, dass diese im Notfall an medizinisches Personal weitergeben werden.

Ort, Datum

Unterschrift

Bei Minderjährigen bzw. Geschäftsunfähigen:

Bei Minderjährigen, die das 14. Lebensjahr vollendet haben, ist neben der Einwilligung des Minderjährigen auch die Einwilligung des/der gesetzlichen Vertreter erforderlich.

Vorname/-en und Nachname/-en des/der gesetzlichen Vertreter/s

Ort, Datum

**Unterschrift des/der
gesetzlichen Vertreter/s**