



Teilnehmer\*in

---

**Name** .....

**Vorname** .....

**Adresse** .....

**Geburtsdatum** .....

**Krankenkasse** .....

**AHV-Nummer** .....

**Unfallversicherung** .....

Notfallkontaktperson (die während des Anlasses erreichbar ist)

---

**Name, Vorname** .....

**Adresse** .....

**Telefonnummer** .....

Hausarzt

---

**Name** .....

**Praxisnummer** .....

**Adresse** .....

Allergien / Medikamente & Dosierung / Wissenswertes

---

.....

.....

Ernährung

---

ich esse Fleisch       ich esse vegetarisch       .....

Einverständnis (bei Minderjährigen → Erziehungsberechtigte)

---

- Du (bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten) bist besorgt, dass du alle benötigten Medikamente für die Dauer des Anlasses mitnimmst. Werden die Medikamente einer (leitenden) Person (z.B. von der Schar) übergeben, hat diese genaue Kenntnis über die Anwendung und Dosierung der Medikamente.
- Das Notfallblatt inkl. Kopie des Impfausweises und des Krankenkassenkärtchens bleibt bei den Sicherheitsverantwortlichen des Anlasses. Medizinische Informationen werden soweit notwendig an das zuständige Personal, namentlich Mitglieder des Samaritervereins, Ärzte und Spitäler, weitergegeben, sofern die Situation dies erfordert. Du (oder bei Minderjährigen die Erziehungsberechtigten) willigen hiermit zur Weitergabe der Daten in vorgenannten Fällen ein. Die medizinischen Daten werden nach dem Anlass vernichtet. Eine Kopie der Dokumente bleibt bei den verantwortlichen Personen der Schar.
- Du bestätigst mit unterstehender Unterschrift die Richtigkeit aller gemachten Angaben. Du erklärst, dass du die Teilnahmebedingungen verstanden hast und akzeptierst. Bei Minderjährigen bestätigen die Erziehungsberechtigten die Richtigkeit aller Angaben.

.....

Ort, Datum, Unterschrift