

Langenfeld Longhorns Seniors

- freiwilliger medizinischer Fragebogen -



Angaben zur Person			
Name:	<input type="text"/>	Vorname:	<input type="text"/>
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Trikotnummer:	<input type="text"/>
Größe :	<input type="text"/>	Gewicht:	<input type="text"/>
Facebook-Name: (Erleichtert uns die evtl. Korrespondenz mit Teamarzt)	<input type="text"/>		
Krankenkasse:	<input type="text"/>		

Kontakt im Notfall			
Name 1:	<input type="text"/>	Name 2:	<input type="text"/>
Telefon 1:	<input type="text"/>	Telefon 2:	<input type="text"/>

Krankengeschichte, Medikamente, Impfungen			
1) Regelmäßige Medikamente:			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
1a) Wenn ja, welche?	<input type="text"/>		
2) Häufig konsumierte Medikamente am Spieltag (bspw. Ibuprofen):	<input type="text"/>		
3) Allergien:			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
3a) Wenn ja, welche?	<input type="text"/>		
4) Asthma bronchiale: <i>(wenn ein Asthma-Spray benutzt werden muss, bitte unbedingt Attest vom Arzt hinzufügen)</i>			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
5) Diabetes mellitus:			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
5a) Wenn ja, Insulinpflichtig?			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
6) Herzerkrankungen			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
6a) Wenn ja, welche?	<input type="text"/>		
7) Sonstige organische Vorerkrankungen oder Probleme: (z.B. Lunge, Magen, Darm, etc.)			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
7a) Wenn ja, welche?	<input type="text"/>		
8) Tetanusimpfung: (letztes Impfdatum) <i>(Bei Erwachsenen wird eine Auffrischung nach 10 Jahren empfohlen)</i>	<input type="text"/>		
9) relevante Verletzungen (Gehirnerschütterung, Schleudertrauma, Knochenbrüche, innere Verletzungen, Bänderrisse etc.)			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
9a) Wenn ja, welche (mit Monat und Jahr)	<input type="text"/>		
9b) Welche ist noch nicht ausgeheilt	<input type="text"/>		
10) Operationen nach Frakturen, inneren Verletzungen etc. (mit Monat und Jahr)			Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
10a) Wenn ja, welche (mit Monat und Jahr)	<input type="text"/>		
11) Sonstiges (für uns weitere wichtige Angaben, die in den Fragen bisher nicht abgedeckt wurden)	<input type="text"/>		

Sollten sich Angaben ändern, teilt uns dies bitte sofort mit damit eure Angaben stets auf dem aktuellen Stand sind!!!!

Stand: