

|  |
|--|
| <b>Aktuelle medikamentöse Behandlung</b> |
| Medikament:                              |

Bei Infektionen oder fiebrigen Erkrankungen (z.B. Grippe, Erkältung, etc.) sollten Sie so lange pausieren, bis Sie wieder völlig genesen sind.

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Der Leiter/Die Leiterin lehnt in einem Schadensfall jegliche Haftung ab.

Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt habe.

Ort/Datum: .....

Unterschrift: .....

# Notfallblatt

für

---

- Für alle Touren - Teilnehmer der SAC Sektion Einsiedeln.
- Dieses Notfallblatt dient der eigenen Sicherheit.
- Alle Angaben werden vertraulich behandelt.
- Das Notfallblatt ist von Ihnen in einem verschlossenem und angeschriebenen Couvert im Rucksack mitzuführen. Es hilft nur dann, wenn es bei Touren mitgeführt wird.
- Es liegt in Ihrem eigenen Interesse, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren.

|                            |
|----------------------------|
| <b>Persönliche Angaben</b> |
| Vorname:                   |
| Name:                      |
| Strasse:                   |
| PLZ/Ort:                   |
| Telefon:                   |
| Mobile:                    |
| Geburtsdatum:              |

|  |
|--|
| <b>Angehörige für Notfälle</b>                                     |
| (1) Name/Vorname:<br>Telefon: +41                      Mobile: +41 |
| (2) Name/Vorname:<br>Telefon: +41                      Mobile +41  |
| <b>Hausarzt</b>  |
| Name/Vorname:  |
| PLZ/Ort:   |
| Telefon:                      +41                                  |
| <b>Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:</b>  |

|   |
|---|
| <b>Zutreffendes bitte ankreuzen:</b>  |
| 1. Ist bei Ihnen eine Lungen oder Herzkrankheit bekannt?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| 2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja                      |
| 3. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?<br><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Allergien <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Diabetes <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |
| Epilepsie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Blutverdünner <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Zu hoher Blutdruck <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja  |
| Herzinfarkt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja   |
| Blutgruppe .....  |
| <b>Weitere wichtige Hinweise:</b>   |