



Gesundheitsblatt

Name	Vorname	Geb. Datum

Nur im Notfall öffnen

Formblatt Volljährig ohne Arzt

Dieses Formblatt darf nur im verschlossenen Sichtfensterumschlag aufbewahrt werden

Faltung f Sichtfensterumschlag

Vorerkrankungen bzw., chronische Erkrankungen?

Allergien ja nein falls ja - welche ?

Regelmäßige Medikamenteneinnahme? ja nein falls ja - welche ?

Sonstige Besonderheiten:

Wer soll im Notfall informiert werden?

	Person 1	Person 2
Name		
Vorname		
Telefon (Handy)		
email		

Ort, Datum **Unterschrift**

Bestätigung

**Ich bin uneingeschränkt sporttauglich und kann den Eishockeysport ausüben.
Auf eine ärztliche Untersuchung verzichte ich ausdrücklich.**

Ort, Datum **Unterschrift**

EV Königsbrunn EV Königsbrunn EV Königsbrunn EV Königsbrunn EV Königsbrunn EV Königsbrunn

Bankname: Augusta Bank
Konto: 12 41 362
BLZ: 720 900 00
IBAN: DE 28 7209 0000 0001 2413 62
Steuernummer: 102/108/00404 K06
USt-ID-Nr: n.n..

Amtsgericht Augsburg
Vereinsregister-Nr.
VR 20 13 15
Vereinsitz: Königsbrunn

Postfach 1208
86330 Königsbrunn
Tel.:+49 17672868996
Fax.:+49 (8231) 348 463

Vorstand:
Sascha Schuster
Beethovenstr. 7
86462 Langweid
+49176-72868996