|  |  |
| --- | --- |
| **Persönliche Angaben** | |
| Name / Vorname: |  |
| Strasse: |  |
| PLZ / Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Mobile: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Bemerkungen: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Angehörige für Notfälle** | |
| Name / Vorname: |  |
| Telefon: |  |
| Mobile: |  |
| Bemerkungen: |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hausarzt** | |
| Name / Vorname: |  |
| Ort: |  |
| Telefon: |  |
| Wünsche im Hinblick Notfallarzt oder Spitalaufenthalt: | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| Mitglied Nr. REGA |  |
| Mitglied Nr. Air Glaciers |  |



|  |
| --- |
| Notfallblatt |
| * Für alle Tourenteilnehmer der SAC Sektion Stockhorn. |
| * Dieses Notfallblatt dient der eigenen Sicherheit. |
| * Alle Angaben werden vertraulich behandelt. |
| * Das Notfallblatt ist von dir in einem verschlossenen und angeschriebenen Kuvert im Rucksack mitzuführen. |
| * Es hilft nur dann, wenn es bei Touren mitgeführt wird. |
| * Es liegt in deinem eigenen Interesse, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Zutreffendes bitte ausfüllen** | | | |
| ***Ist bei dir eine Lungen- oder Herzkreislaufkrankheit bekannt?*** | | nein | ja |
| Wenn ja, welche? |  | | |
| Welche Medis? |  | | |
| ***Blutverdünner?*** | | nein | ja |
| Wenn ja, welche? |  | | |
| ***Blutdruckprobleme?*** | | nein | ja |
| Wenn ja,  welche Medis? |  | | |
| ***Hast du jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder bist du je ohnmächtig geworden?*** | | nein | ja |
| ***Allergien?*** | | nein | ja |
| Wenn ja,  welche Medis? |  | | |
| ***Diabetes?*** | | nein | ja |
| Wenn ja,  welche Medis? |  | | |
| ***Epilepsie?*** | | nein | ja |
| Wenn ja,  welche Medis? |  | | |
| ***Blutgruppe?*** | |  | |
| ***Sonstige Medikamente oder Einschränkungen:*** | | | |
|  | | | |

**Wichtige Hinweise:**

Bei Infektionen oder fiebrigen Erkrankungen (z.B. Grippe, Erkältung, etc.) solltest du solange pausieren, bis du wieder völlig genesen bist.

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: