



Medizinische Information

Name:

Staatsbürgerschaft:

Adresse:

Telefon:

Email:

Versicherungsinformationen:

Krankenversicherung:

Unfallversicherung:

Reiserückholungsversicherung (z.B. ADAC)

Kontakt für Notfälle:

Medizinische Informationen

Allergien:

Andere Unverträglichkeiten:

Bekannte medizinische Bedingungen:

Einzunehmende Medikamente (inkl. Dosis):

Blutgruppe:

Weitere wichtige Informationen:

Raucher:

Diese Daten werden für die Zeit der Reise erhoben, um Sie in bestmöglicher Form auch gegen das Unerwartete abzusichern. Bitte fülle deswegen dieses Formblatt so genau wie möglich aus. Bitte versorge Dich mit Deinen notwendigen Medikamenten. Bitte beachte auch die Packliste (u.a. Verbandszeug, Durchfallmittel).

Ich habe dieses Formblatt gelesen und nach bestem Wissen ausgefüllt. Mir sind die Anforderungen dieser Reise bewusst und ich halte mich für physisch, emotional und gesundheitlich fit für das Programm dieser Reise. Ich genehmige hiermit die Durchführung medizinischer Notfallversorgung, falls dies notwendig werden sollte.

Unterschrift, Datum

Bitte mit der Anmeldung unterschrieben an Ralph Riedel schicken.