

Players Emergency Call



Name:
Vorname:

Blutgruppe:
Geburtsdatum:
Krankenkasse:
Versicherungs-Nr.:

Verein: Hannover Stampede AFC e.V. Sportplatz am Kanal 10 30559 Hannover
Headcoach/Telefonnummer:
Hausarzt:

Chronische Erkrankungen:

Regelmäßig genommene Medikamente:

Notfallkontakt:

Diese Karte dient ausschließlich eurer Versorgung und wird **nur** im Notfall an einen Arzt/Sanitäter weitergegeben. **Alle Angaben sind freiwillig.**

Datum, Unterschrift Spieler/in