

Players Emergency Call



Name:
Vorname:
Geb.Datum:
Blutgruppe:
Krankenkasse:

VersicherungsNr.:

Verein : Hannover Stampede- Sportplatz am Kanal 10 – 30559 Hannover Headcoach : J.Fitzgerald – 01511/8872559 Medical Staff :

Chronische Erkrankungen:

Vergangene Erkrankungen u. Operationen:

Regelmäßig genommene Medikamente:

Notfallkontakt: (Zeilenumbruch mit Enter)

Diese Karte dient ausschließlich eurer Versorgung und wird <u>nur</u> im Notfall an einen Arzt weitergegeben. Alle Angaben sind freiwillig.
--

Unterschrift _____