Rugby Club Regensburg 2000 e.V.

c/o Tobias Hammerl, Schäffnerstr. 18, 93047 Regensburg

***Spielerprofil/ Notfallfragebogen***

***( 2x ausfüllen: 1x Trainer, 1x Sporttasche)***

**Name:…………………………………………………Vorname:…………………………….……………..**

**Adresse:(Straße, Hausnummer)……………………………………………………………..……………**

 **(PLZ, Ort)……………………………………………………………………………………………**

**Geburtstag/-ort……………………………………..Telefonnummer:…………………………………….**

**Rugbykarriere: nein/ja, wo, wie lange, welche Position……………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………**

**Krankenkasse:…………………………………………………………………………**

**Versichertennr:………………………………………………………………………..**

**Person 1, die im Notfall benachrichtigt werden soll:…………………………………………………….**

**Telefonnummer Person 1, am besten Handy:……………………………………………………………..**

**Beziehung zu dieser Person (Elternteil, Ehefrau/-mann, Freund(in), Geschwister, Mitbewohner, usw,…):**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Person 2, die im Notfall benachrichtigt werden soll:…………………………………………………….**

**Telefonnummer Person 2, am besten Handy:……………………………………………………………..**

**Beziehung zu dieser Person( Elternteil, Ehefrau/-mann, Freund(in), Geschwister, Mitbewohner, usw,…):**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Medizinische Informationen:**

**Größe:……….cm Gewicht:…………kg Blutgruppe(wenn bekannt):…………………….**

**Raucher(in): nein/ja, wie viele Zigaretten täglich……………..**

**Frauen: Antibabypille nein/ja, welches Präparat……………………….………………………………..**

**Operationen in der Vergangenheit (letzten 10 Jahre): nein/ja, welche und wo)...........................**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Hast Du Metallplatten, Prothesen, künstliche Knie- /Hüftgelenke, Bandscheiben: nein/ ja, wo,**

**wie viele?...............................................................................................................................................**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Nimmst Du regelmäßig Medikamente: nein/ ja, welche und wogegen: ………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Hast Du Allergien, auch gegen Medikamente: nein/ ja, welche, wogegen: ………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Hast Du eine infektiöse, virale Erkrankung (Hepatitis, HIV usw.) nein/ ja, welche, wird/wurde sie**

**behandelt: ………………………………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………**

**Bei der Notaufnahme im Krankenhaus werden außerdem Fragen zu schweren Erkrankungen (Knochenkrankheiten, Herzkrankheiten,**

 **Krebs, usw. …) gestellt und (für Frauen) ob die Möglichkeit einer Schwangerschaft besteht.**

***Es sollte dir unbedingt klar und bewusst sein, dass du im Falle einer schweren***

***Erkrankung oder bei Verdacht einer Schwangerschaft auf keinen Fall spielen solltest!!!!***

**Stecke bitte das ausgefüllte Formular in einen Briefumschlag, schreib deinen Namen darauf und verschließe ihn. Er wird dann nur im**

 **Notfall geöffnet, und auch nur von der Person, die Dich ins Krankenhaus begleitet.**

**Fülle bitte bei *jeder Änderung* das Formular neu aus, damit Deine Daten immer aktuell sind und Du am besten behandelt und versorgt**

**werden kannst. Solltest Du nicht rechtzeitig dazu kommen, so informiere bitte *vor dem Spiel* den Trainer oder eine(n) Mitspieler(in).**

**Ich bin damit einverstanden, dass im Notfall die Person, die mich ins Krankenhaus begleitet, dieses Formular öffnet, und die darin**

**enthaltenen Informationen zu meiner Person dem behandelnden medizinischen Personal weitergibt.**

**………………………………………………… …………………………………………………………… Name, Vorname Ort, Datum, Unterschrift**

**Sollte ich ein(e) Mitspieler(in) ins Krankenhaus begleiten, so verpflichte ich mich hiermit, die persönlichen Daten aus seinem/ihrem**

 **Notfallformular in dessen Kenntnis ich kommen sollte, einzig und allein dem behandelnden medizinischen Personal weiterzugeben,**

 **und ansonsten absolut vertraulich zu behandeln.**

**………………………………………………….. …………………………………………………………… Name, Vorname Ort, Datum, Unterschrift**