



Bitte digital oder deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

Name: _____ Vorname _____

Geburtsdatum: _____ Ort: _____

- ☐ Ich habe akute und/oder chronische Erkrankungen (Diabetes, Bluthochdruck, Herzrhythmusstörungen, Thrombose etc.).

I have acute and/or chronic illnesses (Diabetes, high blood pressure, cardiac arrhythmia, thrombosis etc.).

- ☐ Ich habe Allergien (Asthma, Pollen, Medikamente etc.).

I have allergies (asthma, pollen, medications etc.).

- ☐ Ich habe Probleme mit den Augen, der Nase oder dem Rachenraum (Kontaktlinsen, Brille etc.).

I have problems with my eyes, nose or throat (contact lenses, glasses etc.).

- ☐ Ich hatte bereits Verletzungen (Knochenbrüche, Bänderrisse, Muskelverletzungen etc.); Art, Jahr, operative Behandlung?

I have had injuries (broken bones, torn ligaments, muscle injuries etc.); which, when, surgery required?:

Vorstand:

Daniela Ruis (1. Vorsitzende) - Patrick Feigl, Leander Steffens, Andrea Sahrenberg (stv.) - Barbara Morell (Schatzmeisterin)
Steuer-Nr. 99015/26228 FA Stuttgart-Körperschaften - AG Stuttgart, VR-Nr. 6407

Geschäftsstelle: Georgiiweg 10a in 70597 Stuttgart, office@stuttgart-scorpions.de



Bitte digital oder deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

☐ Ich muss regelmäßig Medikamente einnehmen (welche?).

I have to take medication regularly (which ones?).

☐ Ich ernähre mich vegetarisch / vegan oder _____.

I eat vegetarian / vegan or _____.

Meine Blutgruppe, wenn bekannt:

My blood group, if known:

Ich bin geimpft gegen:

I am vaccinated against:

FSME / TBE	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times
Tetanus	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times
Hepatitis A	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times
Hepatitis B	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times
Polio	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times
Diphtherie	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times
Covid-19	<input type="checkbox"/> ja / yes	<input type="checkbox"/> nein / no	_____ Anzahl / times

Vorstand:

Daniela Ruis (1. Vorsitzende) - Patrick Feigl, Leander Steffens, Andrea Schahrenberg (stv.) - Barbara Morell (Schatzmeisterin)
Steuer-Nr. 99015/26228 FA Stuttgart-Körperschaften - AG Stuttgart, VR-Nr. 6407

Geschäftsstelle: Georgiweg 10a in 70597 Stuttgart, office@stuttgart-scorpions.de



Bitte digital oder deutlich in Druckbuchstaben ausfüllen.

- ☐ Hiermit willige ich ein, dass ich mit Kühlspays, Pflaster, Schmerzgel, Tape etc. behandelt werden darf, sofern ich keine Allergien/Unverträglichkeiten dagegen habe (siehe oben).

I hereby agree that I may be treated with cooling sprays, plasters, pain gel, tape, etc., provided I have no allergies/intolerances to them (see above).

Im Notfall zu kontaktieren (Name und Telefonnummer):

To notify in case of emergency (name and cellphone number):

Ich habe diesen Bogen mit bestem Wissen und wahrheitsgemäß ausgefüllt und werde Änderungen unverzüglich dem Teammanagement melden.

I have filled out this form truthfully and to the best of my knowledge and will report any changes to team management immediately.

Ich werde zu Trainingseinheiten und an Spieltagen immer meine Gesundheitskarte sowie Notfallmedikamente dabeihaben.

I will always have my health card and emergency medication with me to training sessions and on match days.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. Erziehungsberechtigte/-r