Medizinisches Datenblatt

(muss für die Kategorien / Disziplinen Kyokushinkai ab 16. Jahre ausgefüllt werden)

Name/Vorname: _____ Geschlecht: m ☐ w ☐

Alter: _____ Jahre, Geb. Datum: _____ Gewicht: _____ Dojo: _____

Benützen Sie Sehkorrekturen? Nein ☐ Ja ☐ Brille
Ja ☐ Linsen

Anamnese *(Vorgeschichte):*

Frühere Krankheiten, Verletzungen, Operationen, Bewusstseinsverluste, epileptische Anfälle, Unfälle:

_____

Nehmen Sie Medikamente? *Wenn Ja, welche, Dosis (Menge), etc:*

_____

Diabetes	Nein ☐	Ja ☐	_____
Allergien ?	Nein ☐	Ja ☐	_____
Asthma ?	Nein ☐	Ja ☐	_____
Epilepsie oder epilepsieähnlichen Anfälle?	Nein ☐	Ja ☐	_____
Herzbeschwerden?	Nein ☐	Ja ☐	
Kopfverletzungen in den letzten 12 Monate?	Nein ☐	Ja ☐	
KO durch Kopfschlag in den letzten12 Monaten?	Nein ☐	Ja ☐	
Krankheiten in den letzten 3 Monaten?	Nein ☐	Ja ☐	
Verletzungen in den letzten 3 Monaten?	Nein ☐	Ja ☐	

Andere wichtige Gesundheitsinformationen: _____

Für das weibliche Geschlecht,
Zeichen der Schwangerschaft ? Nein ☐ Ja ☐ (TEILNAHME WIRD NICHT ERLAUBT)

Falsche oder fehlende Angaben können zur Ablehnung der Teilnahme für das jeweilige Turnier führen. Ihre Gesundheitsinformationen werden nicht veröffentlicht oder an Dritte weitergegeben und werden nur für das jeweilige Turnier genutzt.

Ich erkläre mein Einverständnis zu den obigen Fragen und bestätige deren wahrheitsgetreue Beantwortung.

Ort / Datum *Name und Unterschrift des Karatekas*

_____

Für Karatekas unter 18 Jahren ist zusätzlich die Unterschrift der erziehungsberechtigen Person erforderlich

Ort / Datum *Name und Unterschrift des gesetzlichen Vertreters*

_____

Das unterschriebene medizinische Datenblatt wird vom Veranstalter mindestens 3 Monate aufbewahrt.