

Persönliches Notfallblatt für Tourenteilnehmer

Jeder Tourenteilnehmer nimmt das ausgefüllte Informationsblatt griffbereit mit.

<p>⇨ Das Notfallblatt ist bei allen Touren mitzunehmen</p> <p>⇨ Das Notfallblatt dient der eigenen und der Sicherheit der anderen Tourenteilnehmer</p> <p>⇨ Alle Angaben werden vertraulich behandelt</p> <p>⇨ Das Notfallblatt ist vom Tourenteilnehmer im Portemonnaie oder im Rucksackdeckel, in einem Couvert (Zipp-Säckli wasserdicht) mitzunehmen</p> <p>⇨ Es liegt im Interesse des Tourenteilnehmers, die Angaben bei Bedarf zu aktualisieren</p>	<table border="1"> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #f4a460;">Persönliche Angaben</th> </tr> <tr><td>Name, Vorname</td><td></td></tr> <tr><td>Strasse</td><td></td></tr> <tr><td>PLZ, Wohnort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon Privat</td><td></td></tr> <tr><td>Mobile</td><td></td></tr> <tr><td>Geburtsdatum</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #c6e0b4;">Angehörige bei einem Notfall-Kontakt 1</th> </tr> <tr><td>Name, Vorname</td><td></td></tr> <tr><td>PLZ, Wohnort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon Privat</td><td></td></tr> <tr><td>Mobile</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #c6e0b4;">Angehörige bei einem Notfall-Kontakt 2</th> </tr> <tr><td>Name, Vorname</td><td></td></tr> <tr><td>PLZ, Wohnort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon Privat</td><td></td></tr> <tr><td>Mobile</td><td></td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #6699cc;">Hausarzt</th> </tr> <tr><td>Name, Vorname</td><td></td></tr> <tr><td>PLZ, Ort</td><td></td></tr> <tr><td>Telefon</td><td></td></tr> <tr><td colspan="2">Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:</td></tr> <tr><td colspan="2"> </td></tr> <tr> <th colspan="2" style="background-color: #6699cc;">Aktuelle medikamentöse Behandlung</th> </tr> <tr><td>Medikament:</td><td></td></tr> <tr><td>Medikament:</td><td></td></tr> </table>	Persönliche Angaben		Name, Vorname		Strasse		PLZ, Wohnort		Telefon Privat		Mobile		Geburtsdatum		Angehörige bei einem Notfall-Kontakt 1		Name, Vorname		PLZ, Wohnort		Telefon Privat		Mobile		Angehörige bei einem Notfall-Kontakt 2		Name, Vorname		PLZ, Wohnort		Telefon Privat		Mobile		Hausarzt		Name, Vorname		PLZ, Ort		Telefon		Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:				Aktuelle medikamentöse Behandlung		Medikament:		Medikament:	
Persönliche Angaben																																																					
Name, Vorname																																																					
Strasse																																																					
PLZ, Wohnort																																																					
Telefon Privat																																																					
Mobile																																																					
Geburtsdatum																																																					
Angehörige bei einem Notfall-Kontakt 1																																																					
Name, Vorname																																																					
PLZ, Wohnort																																																					
Telefon Privat																																																					
Mobile																																																					
Angehörige bei einem Notfall-Kontakt 2																																																					
Name, Vorname																																																					
PLZ, Wohnort																																																					
Telefon Privat																																																					
Mobile																																																					
Hausarzt																																																					
Name, Vorname																																																					
PLZ, Ort																																																					
Telefon																																																					
Wünsche im Hinblick auf Notfallarzt oder Spitalaufenthalt:																																																					
Aktuelle medikamentöse Behandlung																																																					
Medikament:																																																					
Medikament:																																																					
Zutreffendes bitte ankreuzen																																																					
1. Ist bei Ihnen eine Lungen oder Herzkrankheit bekannt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
2. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen wegen Schwindel oder Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
3. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Allergien	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Diabetes	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Epilepsie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Zu hoher Blutdruck	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Blutverdünner	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																																																				
Blutgruppe:																																																					
Weitere wichtige Informationen:																																																					
Bei Infektionen oder fiebrigen Erkältungen (z.B. Grippe etc.) sollten Sie solange pausieren, bis Sie wieder völlig genesen sind.																																																					

Die Versicherung ist Sache der Teilnehmenden. Die Leiterin/Der Leiter und die Sektion lehnt in einem Schadenfall jegliche Haftung ab.

Ich bestätige, dass ich das Notfallblatt gelesen, verstanden und korrekt ausgefüllt habe.

Ort und Datum

Vorname, Name / Unterschrift

Alarmierung			
REGA: 1414		REGA – APP	
		Sanitätsnotruf: 144	
Internationaler Notruf: 112 (auch ohne SIM-Karte)		REGA aus dem Ausland: +41 333 333 333	
Österreich: 140	Italien: 118	Frankreich: 18	Deutschland: 19222
* Notruf iPhone 5x Ein- / Aus-Taste drücken *		* Notruf Samsung 3x Ein- / Aus-Taste drücken *	