



## Abteilung Volleyball Gesundheitsbogen

Name: \_\_\_\_\_  
Straße: \_\_\_\_\_  
Ort: \_\_\_\_\_  
Geboren am: \_\_\_\_\_

Folgende gesundheitliche Probleme / Krankheiten / Allergien sind bekannt:  
(Angaben sind freiwillig, sie verbleiben beim Trainer und werden nur einem Arzt als  
Information zur Verfügung gestellt, falls im Training oder im Spielbetrieb eine  
unverzögliche medizinische Versorgung erfolgen muss)

Blutdruck: \_\_\_\_\_  
Herzerkrankung: \_\_\_\_\_  
Allergische Erkrankungen: \_\_\_\_\_  
Stoffwechselerkrankung: \_\_\_\_\_  
Medikamente: \_\_\_\_\_  
Muskulatur: \_\_\_\_\_  
Sehnen: \_\_\_\_\_  
Bänder: \_\_\_\_\_  
Gelenke: \_\_\_\_\_  
Sonstiges: \_\_\_\_\_

Folgende Sport- oder sonstige Verletzungen traten bereits auf:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

In Notfall bitte folgende Personen verständigen - mit Angabe der Handy-Nummer:

1. \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_  
2. \_\_\_\_\_ Handy-Nr. \_\_\_\_\_

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift aller Erziehungsberechtigten