

KENTTÄKILPAILIJAN TERVEYSKORTTI

Tämä kortti on pidettävä mukana kenttäkilpailun kilpailusuorituksen ajan näkyvällä paikalla.

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Lähin omainen _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Onko sinulla jokin seuraavista? Jos vastaat kyllä, selvitä yksityiskohdat, kuten taudin vaatima lääkitys, oheen.

Allergia Kyllä Ei

Lääkeaineallergia Kyllä Ei

Diabetes Kyllä Ei

Epilepsia Kyllä Ei

Näkövaikeuksia Kyllä Ei

Kuulovaikeuksia Kyllä Ei

Onko sinulla joskus ollut? Jos vastaat kyllä, selvitä yksityiskohdat oheen.

Aivotärhdys Kyllä Ei

Leikkausta vaatinut vamma tai sairaus Kyllä Ei

Muita vakavia vammoja Kyllä Ei

Saatko säännöllistä lääkitystä?

Mikä on veriryhmäsi?

Käytätkö piilolinsejä?

Muuta:

Hyväksyn verensiirron sitä vaativissa tilanteissa, ympyröi haluamasi vaihtoehto.

KYLLÄ EI

KENTTÄKILPAILIJAN TERVEYSKORTTI

Tämä kortti on pidettävä mukana kenttäkilpailun kilpailusuorituksen ajan näkyvällä paikalla.

Nimi _____

Henkilötunnus _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Lähin omainen _____

Osoite _____

Puhelinnumero _____

Onko sinulla jokin seuraavista? Jos vastaat kyllä, selvitä yksityiskohdat, kuten taudin vaatima lääkitys, oheen.

Allergia Kyllä Ei

Lääkeaineallergia Kyllä Ei

Diabetes Kyllä Ei

Epilepsia Kyllä Ei

Näkövaikeuksia Kyllä Ei

Kuulovaikeuksia Kyllä Ei

Onko sinulla joskus ollut? Jos vastaat kyllä, selvitä yksityiskohdat oheen.

Aivotärhdys Kyllä Ei

Leikkausta vaatinut vamma tai sairaus Kyllä Ei

Muita vakavia vammoja Kyllä Ei

Saatko säännöllistä lääkitystä?

Mikä on veriryhmäsi?

Käytätkö piilolinsejä?

Muuta:

Hyväksyn verensiirron sitä vaativissa tilanteissa, ympyröi haluamasi vaihtoehto.

KYLLÄ EI