Herzgruppen-Informationen

Herzgruppenträger/Sportverein: _____

Ort: _____ Übungszeit: _____

IK: _____

Notfallausrüstung:

Defibrillator: AED: O ja / nein O

bei Altgerät: letzte Prüfung nach med. GV (mind. 1x/Jahr)

.....

Datum Unterschrift des Arztes

Notfallkoffer:
(**monatlich kontrollieren**, siehe auch gesondertes Notfallkoffer-Protokoll)

Datum	Unterschrift des Arztes

Zusätzliche Angebote:

Entspannungstechniken: O ja Ernährungsberatung: O ja

Medizinische Themen: O ja andere: _____

Durchschrift/Kopie
an Landesorganisation
weitergegeben am:

.....

Datum Unterschrift