



Kategorie: .....

Startnummer: .....

Transponder-Nr.: .....

## NOTFALLBLATT SPARTE MOTOCROSS 2019

Name und Vorname: .....

Adresse: .....

Land / PLZ / Ort: .....

Telefon Nr.: ..... Handy-Nr.: .....

Geburtsdatum: ..... Zivilstand: .....

Konfession: ..... Beruf: .....

Hausarzt: .....

..... Telefon Nr.: .....

Arbeitgeber: .....

..... Telefon Nr.: .....

Bei einem Unfall sind zu benachrichtigen:

1..... Telefon Nr.: .....

2..... Telefon Nr.: .....

**Schweigepflicht: Ich entbinde Sanität / Arzt / Spitalpersonal von der Schweigepflicht gegenüber der SAM Sportkommission.**

**Unfallversicherung** .....

Zusatzversicherung MOTORSPORT abgeschlossen:  Ja  Nein

Spital Abteilung:  Allgemein  Halbprivat Privat  ganze Schweiz

**Krankenkasse** .....

Spital Abteilung:  Allgemein  Halbprivat Privat  ganze Schweiz

Transportkosten Zusatz-Versicherung  Ja  Nein

Wenn ja, bei: ..... Telefon Nr. ....

### Medizinische Informationen

Aktuelle Dauermedikamente: .....

Allergien: .....

Sonstige Infos für Rettungsdienst / Arzt: .....

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich ausreichend bei einem Unfall versichert bin und das SAM Rennfahrer-Reglement gelesen habe und anerkenne. Ich verzichte ausdrücklich darauf im Falle eines Unfalles und/oder Schadenfalles den Verband SAM beziehungsweise seine Kommissionen und Funktionäre, den Veranstalter sowie gegenüber anderen Fahrern bzw. deren Betreuer oder Angehörige, für allfällige Ansprüche haftbar zu machen. Ich nehme zur Kenntnis, dass es mir selber obliegt, mich für alle möglichen Schadenfälle privat abzusichern (versichern) oder das Risiko vollumfänglich selber zu tragen habe.**

**Dieses Formular bitte ausgefüllt bis 01. März 2019 an Tina Rüttimann, Gehrenmatt 7, 4616 Kappel senden.**

Ort / Datum: ..... Unterschrift: .....

Bei Minderjährigen Unterschrift des gesetzlichen Vertreters: .....