

Фестиваль Скорости «Байкальская Миля» Медицинская форма

ФИО _____ Возраст _____ Стартовый номер ТС _____

Адрес _____ Город _____

Страна _____ Почтовый индекс _____

Представитель участника на соревновании

ФИО _____ Тел. _____

ФИО _____ Тел. _____

ФИО _____ Тел. _____

Страховая компания _____ № страхового полиса _____

Даты действия страхового полиса _____

Экстренное контактное лицо

ФИО _____ Тип родства / отношений _____

Тел. _____ 2-й Тел. _____

Альтернативное контактное лицо

ФИО _____ Тел. _____

Медицинская информация

Врач _____ Тел. _____

Дата последней прививки от столбняка _____ Дата последнего обследования _____

Рецептурные препараты (Пожалуйста, перечислите) _____

Аллергия на медикаменты _____

История хирургического вмешательства _____

Другие Медицинские Проблемы _____

Инсулинозависимый Диабетик

Заболевания сердца

Высокое кровяное давление

Проблемы с дыханием

Травмы головы

Проблемы с кровью – Анемия

Проблемы с кровью – Трудности свертывания

Проблемы с опорно-двигательным аппаратом

Злокачественная опухоль

Судороги / Припадки

Другие особые потребности
Пожалуйста, перечислите:

Пожалуйста, уточните по
каждой категории:

Да Нет

Контактные линзы

Зубные протезы

Астма

Диабет

Кардиостимулятор

Эпилепсия

Гемофилия

Нарушение слуха

Гипертония

Беременность

Аллергия

Разрешение на оказание неотложной помощи: в случае чрезвычайной ситуации, когда я не могу дать согласие из-за болезни или травмы, я разрешаю любому квалифицированному лицу оказывать первую помощь и/или другое необходимое лечение. Кроме того, я разрешаю любому лицензированному хирургу выполнять операцию по спасению жизни, если необходимость операции согласована решением двух (2) врачей.

Подпись _____ Дата _____