Herzgruppen-Informationen

Herzgruppenträger/Sportverein:

Ort: Übungszeit:

IK:

Notfallausrüstung:

Defibrillator (Modell): AED: ☐ ja / nein ☐

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

..... Datum Unterschrift des Arztes

Notfallkoffer:
(**monatlich kontrollieren**, siehe auch gesondertes Notfallkoffer-Protokoll) (entfällt bei Teilnahme am Notfall-Service-Paket)

Datum	Unterschrift des Arztes

Zusätzliche Angebote:

Entspannungstechniken: ☐ ja Ernährungsberatung: ☐ ja

Medizinische Themen: ☐ ja andere:

Durchschrift/Kopie an Landesorganisation weitergegeben am:

..... Datum Unterschrift