



## Herzgruppen-Informationen

Herzgruppenträger/Sportverein: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Übungszeit: \_\_\_\_\_

IK: \_\_\_\_\_

### **Notfallausrüstung:**

Defibrillator (Modell): ..... 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)  
(entfällt bei Teilnahme am  
Notfall-Service-Paket)

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