



Medical Card - Distanceridning

(indsættes bag nummeret i nummervesten)

Rytter:

Navn:	
Adresse:	
Telefon:	

Pårørende:

Navn:	
Adresse:	
Telefon:	
Tilhørsforhold:	

Egen læge:

Navn:	
Adresse:	
Telefon:	

Hestetrailer:

Mærke:	
Farve:	
Registreringsnr.:	

Andet:



Helbredsmæssige forhold:

(tidligere skader)

	JA	NEJ
Hoved		
Hjernerystelse		
Nakke		
Ryg		
Bryst		
Mave		
Lemmer		
Operation		
Sukkersyge		
Epilepsi		
Besvimet (black-out)		
Astma		
Hjerte		
Lunger		
Andet (f.eks nyre)		

Supplerende oplysninger:

	JA	NEJ
Normalt syn		
Normal pupil størrelse		
Kontaktlinser		
Normal hørelse		
Allergi		
Medicineret		
Benytter Cortison		

Blod type (hvis kendt):	
Dato for sidste stivkrampevaccination:	

Andet:

(tidligere operation, brug af (livsvigtig-)medicin, medicinallergi, andre allergier osv.)

Udfyldt dato: _____