



Medical Card

Military

Rytter:

| | |
|----------|--|
| Navn: | |
| Adresse: | |
| Telefon: | |

Pårørende:

| | |
|-----------------|--|
| Navn: | |
| Adresse: | |
| Telefon: | |
| Tilhørsforhold: | |

Egen læge:

| | |
|----------|--|
| Navn: | |
| Adresse: | |
| Telefon: | |

Hest:

| | |
|--------------|--|
| Navn: | |
| ID nummer: | |
| Signalement: | |

Hestetrailer:

| | |
|-------------------|--|
| Mærke: | |
| Farve: | |
| Registreringsnr.: | |



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: _____