

PERSONAL DETAILS / OSOBNÍ ÚDAJE

Next of Kin/Nejbližší příbuzní

Relationship/Vztah

Name/Jméno

Adress/Adresa

.....

.....

No./Telefon

Change of Address/Změna adresy

.....

.....

.....

New Tel No./Nové tel. číslo

.....

Horse Box Details/Podrobnosti o přepravě koní (tužkou)

Make/Značka

Colour/Barva

Registration No./Číslo

.....

**FEI MEDICAL CARD / LÉKAŘSKÁ KARTA
TUTO KARTU JSTE POVINNI MÍT U SEBE PŘI SOUTĚŽI
(nejlépe na viditelném místě v plastovém obalu)**

Name of your own doctor / Jméno Vašeho lékaře

Address/Adresa

.....

.....

Tel No./Telefon

Your Name in full/Celé jméno

Date of Birth/Datum narození

Nationality/Národnost

Religion/Vyznání

Permanent Address/Trvalé bydliště

.....

.....

.....

.....

Tel No./Telefon

Change of Address/Změna adresy

.....

.....

.....

Tel No./Telefon

**PREVIOUS MEDICAL HISTORY/DŘÍVĚJŠÍ ONEMOCNĚNÍ
ÚRAZY**

YES/ANO NO/NE

Head/Hlava	
Concussion/Otřes mozku	
Face/Obličej	
Neck/Krk	
Back/Záda	
Chest/Hrudník	
Abdomen/Břicho	
Limbs/Končetiny	
Previous Surgical Operations/Před. oper.	
Diabetes/Cukrovka	
Epilepsy/Epilepsie	
Blackouts/Bezvědomí	
Asthma/Astma	
Heart/Srdce	
Lung/Plíce	
Other (incl. Renal)/Jiné	
Supplementary Information/Doplňující informace	
Normal Sight/Normální zrak	
Normal Pupils/Normální panenky	
Contact Lenses/Kontaktní čočky	
Normal Hearing/Normální sluch	
Allergies/Alergie	
Medication/Medikace	
Are you on Cortisone/Užíváte kortikoidy?	
Have you ever required Cortisone Treatment? Používal jste někdy kortikoidy?	
Blood Group/Krevní skupina	
Date of last Tetanus immunisation/ Datum posl. očkování proti Tetanu	

**PLEASE RECORD THE DETAILS OF PREVIOUS
INJURIES/SURGICAL OPERATIONS/MEDICAL
CONDITIONS BELOW, INCLUDING DATES/
PROSÍM UVEĎTE PODROBNOSTI O PŘEDCHOZÍCH
ÚRAZECH, OPERACÍCH, LÉK. PODMÍNKÁCH VČETNĚ
DATA**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**PLEASE RECORD ALL CURRENT MEDICATION BELOW/
PROSÍM UVEĎTE VŠECHNY LÉKY, KTERÉ UŽÍVÁTE**

.....

.....

.....

.....

.....

**PLEASE RECORD DETAILS OF ANY ALLERGIES/
PROSÍM UVEĎTE DETAILY O ALERGIÍCH**

.....

.....

.....

.....

.....

RECORDABLE ACCIDENTS
ZÁZNAMY O ÚRAZECH

Date	Event	Accident	Signature of the doctor
Datum	Závody	Nehoda	Podpis lékaře