

12. Függelék

Értesítendő személy/Next of kin

.....
.....
Rokoni kapcsolat az értesítendő személlyel/relationship

.....
Neve/name

.....
Címe/address

.....
Irányítószám/post code

.....
Telefonszám/tel.no.

.....
Lakcímváltozás/change of address

.....
Irányítószám/post code

LÓSZÁLLÍTÓ ADATAI/ HORSE BOX DETAILS

.....
Gyártmány/make

.....
Szín/colour

.....
Rendszáma/reg.no.

Lovas versenyző egészségügyi lapja **(Horse trials medical card)**

.....
Háziorvos neve/name of your GP

.....
Címe/address

.....
Telefonszáma/tel.no

.....
**SZEMÉLYI ADATOK/
PERSONAL DETAILS**
Teljes név/name in full

.....
Születési idő/date of birth

.....
Vallás/religion

.....
Állandó lakcím/permanent address

.....
Irányítószám/post code

.....
Telefonszám/tel.no.

.....
Lakcímváltozás/change of address

.....
Telefonszám/tel.no.

ELŐZŐ SÉRÜLÉSEK/ PREVIOUS INJURIES	IGEN YES	NEM NO	RÉSZLETESEN PLEASE SPECIFY
FEJ/HEAD			
AGYRÁZKÓDÁS/CONCUSSION			
ARC/FACE			
NYAK/NECK			
HÁT/BACK			
MELLKAS/CHEST			
GYOMOR/ABDOEN			
VÉGTAGOK/LIMBS			

ELŐZŐ OPERÁCIÓK/ PREVIOUS SURGICAL OPERATIONS	IGEN YES	NEM NO	RÉSZLETESEN/PLEASE SPECIFY
--	-------------	-----------	----------------------------

EGÉSZSÉGÜGYI ÁLLAPOT/MEDICAL CONDITIONS

	IGEN YES	NEM NO	FOLYAMATBAN LEVŐ KEZELÉSEK RÉSZLETEZÉSE PLEASE SPECIFY ALL CURRENT MEDICATIONS
CUKORBETEGSÉG/DIABETES			
EPILEPSZIA/EPILEPSY			
ÁJULÁS/BLACKOUTS			
ASZTMA/ASTHMA			
SZIV/HEART			
TÜDŐ/LUNG			
EGYÉB/OTHER			
LÁTÁS/NORMAL SIGHT			
PUPILLÁK/NORMAL PUPILS			
KONTAKTLENCSÉT VISEL-E/DO YOU WEAR CONTACT LENSES?			
HALLÁS/HEARING			
ALLERGIA/ALLERGIE			
KEZELÉS ALATT ÁLL -E/ARE YOU ON MEDICATION?			
KORTIZONOS KEZELÉS ALATT ÁLL E?(SZTEROID)/ARE YOU ON CORTISONE?			
VÉRCSOPORT/BLOOD GROUP			
TETANUS VÉDŐOLTÁS IDŐPONTJA/ DATE OF LAST TETANUS IMMUNISATION			

BALESETEK
(RECORDABLE

JEGYZÉKE
ACCIDENTS)

KÉRJÜK HIVATALOS KITÖLTÉSÉT ÉS VALAMENNYI EGÉSZSÉGÜGYI
Please complete legibly in biro and rule right across after each suspension

ELTILTÁS MEGSZŪNÉSÉT VONALLAL ATHÚZNI

Kezelő orvos eltiltási feljegyzése Medical officer's suspension report					Eltiltási idő hivatalos orvosi igazolása Registered medical practitioner's clearance		
Dátum date	Aláírás, név – bélyegző/ Signature, name – stamp	Verseny Horse trial	Szerzett sérülés Injury sustained	Eltiltási idő/ Suspension state period	Aláírás, név, bélyegző/Signature, name – stamp	Elérhetőségi telefonszám/ Contact tel.no.	Dátum/ date

LOVASTUSA SZABÁLYZAT ÉRTELMÉBEN/
UNDER THE HORSE TRIALS RULES

1. *Amennyiben az orvos úgy dönt, hogy a sérülésből kifolyólag felépülési időszakra van szükség, akkor a lovas egészségügyi alapon eltiltásra kerül.*
Az eltiltás vagy meghatározott vagy határozatlan időre szól.
A részletek jelen egészségügyi lapon kerülnek feltüntetésre.
If the doctor decides that you have sustained an injury requiring a recovery period, you will be medically suspended. Such a suspension will either be for a stated period of time or for an unspecified duration. The details will be recorded on this card.
2. *Amennyiben a versenyzőt kórházba szállították, vagy egészségügyi alapon eltiltásra került, abban az esetben egy egészségügyi kontrollvizsgálaton kell részt vennie, amely negatív eredményével folytathatja csak vagy indulhat el hivatalos 1 vagy 3 napos lovastusa versenyen. Az orvos által ellenjegyzett negatív egészségügyi eredményt jelen egészségügyi lapon fel kell tüntetni.*
If you are taken to hospital from an event without being medically suspended, or if you have been medically suspended for an unspecified time. You must be passed as fit to compete in Horse Trials by a registered medical practitioner before competing again in any official Horse Trials or Three Day Event. The clearance must be recorded on this card.
3. *Jelen egészségügyi lap tisztán láthatóan, karon viselése kötelező olyan formában, hogy a lapot tartó tasakon keresztül a viselő neve bármikor elolvasható legyen.*
It is mandatory to have this card with you at any official Trial. Worn visibly on your arm in the arm band with the bearers name clearly visible at all times.