

Medizinische Selbstauskunft

Mit diesem Formular unterstützen sie uns in der Gewährleistung Ihrer Sicherheit während der Trainingsteilnahme. Die Infos unterliegen strengstem Datenschutz und sind nur den Trainern vor Ort zugänglich.

Ich bestätige, dass ich psychisch und physisch normal belastbar bin, bzw. beim Vorliegen folgender Indikationen Kontakt mit dem Trainer aufnehmen werde:

INDIKATION (bitte ggf. Erläuterungen)	JA	Nein
<ul style="list-style-type: none"> • Herz- Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzklappenfehler, Herzrhythmusstörungen....) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Atemwegserkrankungen (Kurzatmigkeit, Asthma, Bronchitis) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Verletzungen am Bewegungsapparat/ Stützapparat (Knochen, Muskeln, Bänder- Brüche, Zerrungen, Risse, Wirbelsäulenschäden-Bandscheiben!!! ...) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Operationen (vor allem in den letzten 12 Monaten) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Chronische Erkrankungen (Epilepsie, Diabetes, Arthritis, Migräne..) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Medikamenteneinnahme (regelmäßig / akut) -Art/Dosierung _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Allergien (Pollen, Bienenstiche, Sonnenallergie....) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Schwangerschaft _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<ul style="list-style-type: none"> • Sonstiges (Einschränkungen- Sehen, Hören, Sprechen; psychische Erkrankung, Schwindel...) _____ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Hatten Sie in den letzten 2 Jahren	JA	NEIN
Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck		
Asthma, Bronchitis, Atemwegserkrankungen (akute Beschwerden)		
Diabetes		
Operationen innerhalb der letzten 12 Monate		
Verrenkungen (z.B. Schulter), Knochenbrüche (z.B. Arm, Unterschenkel), Bänderrisse, Rückenbeschwerden (z.B. Bandscheibe)?		

Falls Sie eine Frage mit **JA** beantwortet haben, erläutern Sie diese bitte:

Ich nehme an den Aktivitäten dieses Outdoorprogramms auf eigene Verantwortung teil. Ich bin über die Freiwilligkeit meiner Teilnahme informiert worden. Ich bestimme selbst Intensität und Ausmaß meiner körperlichen Betätigung.

Ort, Datum, Unterschrift (bei Minderjährigen bitte Erziehungsberechtigte)

