



Medizinischer Selbstauskunftsbogen

(Das Ausfüllen des Fragebogens für jedenN einzelneN TeilnehmerIN ist für einen reibungslosen Ablauf der Veranstaltung notwendig und hilft, dass wir uns richtig auf Sie einstellen können.)

Name: _____

Outdoor Kurse beinhalten verschiedene Aktivitäten in der Natur, wozu eine gewisse körperliche Fitness erforderlich sein kann. Personen mit körperlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen können ebenso teilnehmen, wenn wir dies wissen und das Programm entsprechend anzupassen ist.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, werden weder gespeichert, noch an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich dem Zweck gesundheitliche Schäden auszuschließen.

Bitte füllen sie die Gesundheitserklärung sorgfältig aus und beantworten sie jede Frage:

Hatten Sie jemals oder wurde festgestellt: **Ja** **Nein**

- | | | | |
|---|--------------------------|-------|--------------------------|
| Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Asthma, Bronchitis, Atemwegserkrankungen? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Diabetes? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Migräne oder starke Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Haben sie psychische Handicaps? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Heuschnupfen oder Allergien (z.B. Medikamente, Insektenstiche, Nahrungsmittel)? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Verrenkungen (z.B. Schulter) oder Knochenbrüche (z.B. Arm, Unterschenkel, Rücken, Hüfte)? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie eine Infektionskrankheit oder sind Sie Überträger einer solchen? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (Bitte nähere Angaben zu Art und Dosierung) | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Operationen innerhalb der letzten 12 Monate? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Sind sie schwanger? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| Sonstiges? | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |

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

Datum Ihrer letzten Tetanus-Impfung (falls bekannt): _____

Blutgruppe (falls bekannt): _____

Name und Adresse (mit Telefonnummer) der Angehörigen (erreichbar während des Kurses)

Ich erkläre, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Informationen verschwiegen wurden.

Ort, Datum Unterschrift
Bei Personen unter 18 Jahren, Unterschrift des/der Erziehungsberechtigten

Postanschrift: TSV Schmiden 1902 e.V. - Hochseilgarten Fellbach, Fellbacher Str. 47, 70736 Fellbach
Hochseilgarten Fellbach im Sportpark Schmiden, Nurmweg 8, 70736 Fellbach-Schmiden
Tel. 0711 / 95 19 39-0 ▪ Fax 0711 / 95 19 39-25 ▪ Hotline 0172 / 711 28 34
info@hochseilgarten-fellbach.de ▪ www.hochseilgarten-fellbach.de
Konto-Nummer: 150 249 85 ▪ Kreissparkasse Waiblingen ▪ BLZ 602 500 10