

## Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Die Ausbildung ROPES COURSE TRAINER beinhaltet verschiedene Aktivitäten, welche eine normale körperliche Kondition voraussetzen. Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich dazu, gesundheitlichen Schäden vorzubeugen.

Bitte füllen Sie die Gesundheitserklärung sorgfältig aus und **beantworten Sie jede Frage**.

Bei Teilnehmenden unter 18 Jahren bitten wir die Erziehungsberechtigten, den Bogen zusammen mit Ihren Kindern oder Jugendlichen auszufüllen und zu unterschreiben. Eine Teilnahme ist nur mit einer Unterschrift eines Erziehungsberechtigten möglich!

**Name:**

Hatten Sie jemals oder haben Sie...	Ja	Nein
... Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler- oder Krankheiten, zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?		
... Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche oder Beschwerden an der Wirbelsäule?		
... Asthma, Bronchitis, Tuberkulose oder ähnliche Beschwerden oder Erkrankungen der Atemwege?		
... Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?		
... Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufige, starke Kopfschmerzen?		
... Nervenerkrankungen, Schwindelzustände, Tinnitus (Ohrgeräusche) oder Wahrnehmungsstörungen		
... Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub...)?		
... eine Infektionskrankheit, oder sind Sie Überträger einer solchen?		
Wurden sie vor kurzer Zeit operiert? Wenn ja, wann und welche Operation? Gibt es daraus Einschränkungen?		
Müssen Sie auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Art der Medikamente und Dosierung unten auflisten)		
Besteht eine Schwangerschaft?		
Sonstiges:		

Falls Sie eine der Fragen mit JA beantwortet haben, erläutern Sie bitte möglichst exakt und sprechen Sie mit unseren TrainerInnen:

---



---



---

Datum Ihrer letzten Tetanus-Impfung (falls bekannt) \_\_\_\_\_ Blutgruppe (falls bekannt) \_\_\_\_\_  
 Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes (oder behandelnden Arztes):

---



---

Name, Adresse und Telefonnummer von Angehörigen (erreichbar während des Seminars):

---



---

Ich erkläre, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich nach dem Ausfüllen des Bogens Veränderungen ergeben, teile ich dies dem Veranstalter mit.

\_\_\_\_\_  
Ort und Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der TeilnehmerIn

\_\_\_\_\_  
Bei unter 18-jährigen TeilnehmerInnen  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten

**Sollten Sie sich unsicher sein, ob Ihre körperliche Verfassung die Teilnahme am Seminar zulässt, konsultieren Sie bitte einen Arzt und legen Sie ihm diesen Selbstauskunftsbogen vor oder sprechen Sie mit uns.**