

## Erhebungsbogen zur körperlichen Verfassung

Mit diesem Formular unterstützen Sie uns in der Gewährleistung Ihrer Sicherheit während der Trainingsteilnahme. Diese Informationen unterliegen strengstem Datenschutz und sind nur den Trainern vor Ort zugänglich, Sie dienen der Vermeidung von Verletzungen und der bestmöglichen medizinischen Versorgung.

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

Indikation	bitte ankreuzen	JA	Nein
-Herz- Kreislauferkrankungen (z.B. Herzklappenfehler, Herzinfarkt, Blutdruck,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Kurzatmigkeit		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Verletzungen des Bewegungsapparates (Bänderrisse, Luxationen, Zerrung, Muskelverletzungen,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Verletzung des Stützapparates (z.B. Wirbelsäulenbeschwerden Rückenschmerzen,...), auch wenn diese länger zurückliegen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Operationen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Chronische Erkrankungen (z.B. Asthma, Epilepsie,Diabetes,...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Allergien gegen Stoffe, die in der freien Natur vorkommen (z.B. Bienenstiche, ...)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Infektionskrankheiten innerhalb der letzten 6 Monate		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Fieber innerhalb der vergangenen Woche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Medikamenteneinnahme, welche die Teilnahme einschränkt		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Schwangerschaft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-Sonstiges		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Vorname: \_\_\_\_\_

Nachname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Im Notfall bitte verständigen: \_\_\_\_\_

Telefon für Notfälle: \_\_\_\_\_

Datum/Ort: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_