

## Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient zu Ihrer Sicherheit. Bei Besuch eines weiteren Kurses kann dieser Gesundheitsfragebogen, falls in der Zwischenzeit keine Veränderungen Ihres Gesundheitszustandes aufgetreten sind, für den nächsten Kurs hinterlegt bleiben. In diesem Falle muss nicht erneut ein Gesundheitsfragebogen ausgefüllt werden.

Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name: \_\_\_\_\_

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

*Ich will die nachfolgenden Fragen nicht beantworten und bin mir bewusst, dass ich dadurch die Kursleitung über meine allfälligen gesundheitlichen Risiken im Ungewissen lasse und in ihren Möglichkeiten, mich (in einem Notfall) optimal zu betreuen, einschränke.*

0 ja    0 nein

- |   |   |      |        |
|---|---|------|--------|
| 1 | Leiden Sie unter Bluthochdruck?   | 0 ja | 0 nein |
| 2 | Haben oder hatten Sie Herz- oder Kreislaufprobleme?<br>Wenn ja, welcher Art? _____  | 0 ja | 0 nein |
| 3 | Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Atemwegserkrankung bekannt?<br>Wenn ja, welcher Art? _____  | 0 ja | 0 nein |
| 5 | Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?                                   | 0 ja | 0 nein |
| 6 | Leiden Sie ein einem Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Anstrengung verschlechtern könnte?                    | 0 ja | 0 nein |
| 7 | Nehmen Sie im Moment Medikamente?   | 0 ja | 0 nein |
| 8 | Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, welche?<br>Wenn ja, weshalb? _____  | 0 ja | 0 nein |
| 9 | Ist Ihnen anderer Grund bekannt, warum es Ihnen nicht möglich sein sollte, sich körperlich zu betätigen?<br>Wenn ja, welcher? _____ | 0 ja | 0 nein |

*Falls Sie die nachfolgenden Fragen mehrheitlich mit (Ja) beantworteten, empfehlen wir Ihnen, vor dem Trainingsbeginn den Rat Ihres Arztes einzuholen.*

Hiermit erkläre ich, dass ich alle Fragen gelesen, verstanden und die Angaben wahrheitsgemäss gemacht habe. Bei angegebenen Beschwerden oder Erkrankungen versichere ich eine Freigabe zum Sport treiben vom behandelnden Arzt zu haben, oder nehme die Verantwortung selber. Über Änderungen zu obigen Angaben, werde ich meinen Kursleiter/meine Kursleiterin umgehend informieren. Zudem nehme ich Kenntnis davon, dass der Kursleiter/die Kursleiterin jede Haftung ablehnt.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_