

Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Veranstaltung:

Datum:

Für die Teilnahme an der Veranstaltung ist es wichtig, neben den notwendigen konditionellen Voraussetzungen auch hinreichend gesund zu sein. Wir bitten Sie deshalb, sich hier selbst anhand des nachfolgenden Fragenkatalogs einzuschätzen.

Ihre Angaben werden **streng vertraulich behandelt und nach Beendigung der Veranstaltung vernichtet**. Fall Sie relevante gesundheitliche Einschränkungen haben, wenden Sie sich bitte direkt an uns, damit wir das weitere Vorgehen besprechen können.

Name, Vorname: _____

Hatten Sie jemals... oder haben Sie...	Ja (bitte kurz erläutern)	Nein
Herz- oder Kreislaufbeschwerden?		
Bluthochdruck (d.h. deutlich höher als 120/80)?		
Sportverletzungen, Verrenkungen, orthopädische Beschwerden, speziell im Wirbelsäulenbereich, Sprunggelenk, Knie, Hüfte ?		
Asthma, Bronchitis, Tuberkulose oder ähnliche Beschwerden oder Erkrankungen der Atemwege?		
Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?		
Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufige, starke Kopfschmerzen?		
Nervenerkrankungen, Schwindelzustände		
Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub...)?		
eine Infektionskrankheit, die Ihre Leistungsfähigkeit beeinträchtigt bzw. im Alltag übertragbar ist ?		
Wurden sie vor kurzer Zeit operiert? Wenn ja, gibt es daraus Einschränkungen bei Sporttätigkeiten?		
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, bitte nähere Angaben zu Art und Dosierung. Gibt es daraus Einschränkungen bei Sporttätigkeiten (z. B. Marcumar, ..)?		
Besteht eine Schwangerschaft? Wenn ja, in welchem Monat?		
Müssen Sie auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?		
Haben Sie irgendwelche sonstigen Beschwerden, aufgrund derer Sie selbst Zweifel an ihrer Leistungs- oder Belastungsfähigkeit haben oder auf die im Rahmen der Ausbildung Rücksicht genommen werden muss?		
Können Sie schwimmen?		
Haben sie einen aktuellen Tetanusschutz?		
Sonstiges:		

Bitte entscheiden Sie selbst, ob Sie eine Zeckenschutzimpfung (sogenannte FSME-Impfung) durchführen wollen. www.zecken.de).

Ich verpflichte mich, während der Ausbildung auf den Genuss von Drogen, die meine Wahrnehmungsfähigkeit beeinflussen, zu verzichten.

Ich verpflichte mich weiterhin, den Genuss von Alkohol so zu reduzieren, dass meine Wahrnehmung nicht beeinträchtigt ist.

In allen anderen Fällen, auch bei der Einnahme von entsprechenden Medikamenten während der Ausbildung, verpflichte ich mich, dies der Kursleitung unverzüglich mitzuteilen.

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres/des Hausarztes bzw. der Hausärztin:

Name, Adresse und Telefonnummer der Angehörigen (während des Seminars/ Kurses):

Bitte informieren Sie uns, falls sich vor der geplanten Veranstaltung noch gesundheitliche Veränderungen ergeben haben.

Ort und Datum

Unterschrift des/der Teilnehmer_in
Ggf. Unterschrift der Erziehungsberechtigten