

Gesundheitsinformationen

Diese persönlichen Angaben des Teilnehmers dienen der sicheren Durchführung von Veranstaltungen im IB-Hochseilgarten Frankfurt (Oder). Sie sind für jede/n Teilnehmerin /Teilnehmer verbindlich. Die Angaben geben den zuständigen Trainern und Trainerinnen die Möglichkeit, bei bestimmten Gesundheitsrisiken entsprechend zu reagieren.

Wir bitten Sie, diese Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten. Die Angaben werden von uns streng vertraulich behandelt.

Name: _____

Gruppe / Klasse: _____

Verantwortlich:

Ich habe folgende Gesundheitsrisiken:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Herz- und Kreislauferkrankungen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Verletzungen
(Bänder, Muskeln, Zerrungen, usw.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Verletzungen
(Brüche, Wirbelsäule, Knochen, usw.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Operationen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Chronische Erkrankungen
(Asthma, Diabetes, Epilepsie, usw.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Allergien, die beim Kurs relevant sein können, z. B.
Insektenallergie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Medikamenteneinnahme, welche die Teilnahme
einschränken könnte. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Sonstiges, was die Teilnahme einschränken
könnte (z. B. starkes Übergewicht) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Mir ist bekannt, dass Aktivitäten im Hochseilgarten körperliche und physische Anforderungen an mich stellen. Sofern Unsicherheiten hinsichtlich der Teilnahme bestehen sollten, erhalten sie Informationen telefonisch oder bei den zuständigen Trainern/Trainerinnen.

Datum: _____

Unterschrift Teilnehmer:

Bei Minderjährigen:

Unterschrift Personensorgeberechtigte / Eltern:
