

## Medizinischer Auskunftsbogen

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für einen reibungslosen Ablauf notwendig und hilft, dass der Veranstalter sich auf Sie / dich einstellen kann.

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

Die Teilnahme an Seilgarten-Programmen beinhaltet verschiedene Aktivitäten, wozu eine gewisse körperliche Fitness erforderlich sein kann. Das Programm kann auch für Personen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen angepasst werden. Dazu dienen die folgenden Angaben.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weiter gegeben und sollen gesundheitliche Schäden ausschließen.

Hatten Sie / hattest du jemals oder wurde festgestellt:

- |  |    |      |
|--|----|------|
| • Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck?  | Ja | Nein |
| • Asthma, Bronchitis, Atemwegserkrankungen?  | Ja | Nein |
| • Diabetes oder sonstige Stoffwechselerkrankungen?   | Ja | Nein |
| • Migräne oder starke Kopfschmerzen?   | Ja | Nein |
| • Epilepsie, Ohnmachtsanfälle?   | Ja | Nein |
| • Heuschnupfen oder Allergien (z.B. gegen Medikamente, Insektenstiche, Nahrungsmittel, Blütenstaub)? | Ja | Nein |
| • Osteoporose oder vergleichbare Erkrankungen des Skelettsapparats?                                  | Ja | Nein |
| • Gelenkverletzungen, Verrenkungen oder Knochenbrüche?   | Ja | Nein |
| • Akute und/oder ansteckende Infektionskrankheiten?  | Ja | Nein |
| • Regelmäßige Medikamenteneinnahme? (Bitte ggf. nähere Angaben zu Art und Dosierung)                 | Ja | Nein |
| • Operation innerhalb der letzten 12 Monate?   | Ja | Nein |
| • Schwindelfreiheit?   | Ja | Nein |
| • Schwangerschaft?   | Ja | Nein |
| • Sonstiges?: _____  | Ja |      |

Erläuterung, falls eine Frage mit Ja beantwortet wurde:

Datum der letzten Tetanus-Impfung (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Blutgruppe (falls bekannt): \_\_\_\_\_

Name und Adresse (mit Telefonnummer) von erreichbaren Angehörigen:

Falls sich nach dem Ausfüllen dieses Bogens noch Veränderungen ergäben, teile ich diese vorher, spätestens vor Ort mit.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_