

Medizinischer Auskunftsbogen Seilgarten "just try it"

Name:

Training am: Alter :

Geben Sie bitte mögliche Unzulänglichkeiten oder verminderte Leistungszustände an, die Ihre Teilnahme einschränken (einschl. frühere Verletzungen oder Allergien):

Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein? Wenn ja, welche? Nenne Sie bitte den Grund der Einnahme und den letzten Einnahmezeitpunkt!

Leiden sie an einer der folgenden Krankheiten/Unpässlichkeiten: Herzerkrankung, Herzrhythmusstörungen, Kurzatmigkeit, Schwindelanfälle, Brustschmerzen, Allergien, Diabetes, Asthma, Bluthochdruck, operative Eingriffe in der letzten Zeit, Epilepsie, Rücken- od. Gelenkprobleme, Verrenkungen?

Im Fall eines Notfalls möchte ich, dass folgende Person benachrichtigt wird:

Name / Verwandtschaftsgrad:

Fon (privat/geschäftlich):

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Anweisungen der TrainerInnen Folge leiste.

Es ist meine Entscheidung die einzelnen Übungen unter Beachtung meiner momentanen physischen & psychischen Verfassung zu machen.

Ort / Datum:

Unterschrift:

(Bei Minderjährigen auch die Unterschrift eines Erziehungsberechtigten)