

## Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Programme bei Waldläufer beinhalten verschiedene körperliche und sportliche Aktivitäten. Daher ist es für uns wichtig, Auskunft über Ihre Gesundheit zu erhalten. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Vorbeugung gesundheitlicher Schäden.

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

- ❖ Haben Sie Herz-, Kreislauf- oder Blutdruckprobleme? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Haben Sie Heuschnupfen oder andere Allergien?  
(z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente,...) Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Haben Sie Asthma? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Haben Sie zur Zeit akute Beschwerden oder Verletzungen? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Können Sie an sportlichen Aktivitäten uneingeschränkt teilnehmen? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Können Sie schwimmen? Ja ( ) Nein ( )

Ich nehme an den Aktivitäten im Rahmen der Veranstaltung auf eigenen Wunsch und auf eigene Verantwortung teil. Ich bin über die Freiwilligkeit des Grades meiner Teilnahme informiert worden und werde die Veranstaltungsleiter über körperliche oder sonstige Einschränkungen informieren.

Ort und Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Programme bei Waldläufer beinhalten verschiedene körperliche und sportliche Aktivitäten. Daher ist es für uns wichtig, Auskunft über Ihre Gesundheit zu erhalten. Wir bitten Sie diesen Fragebogen sorgfältig auszufüllen. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt und dienen ausschließlich der Vorbeugung gesundheitlicher Schäden.

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

- ❖ Haben Sie Herz-, Kreislauf- oder Blutdruckprobleme? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Haben Sie Heuschnupfen oder andere Allergien?  
(z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente,...) Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Haben Sie Asthma? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Nehmen Sie zur Zeit Medikamente? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Haben Sie zur Zeit akute Beschwerden oder Verletzungen? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Können Sie an sportlichen Aktivitäten uneingeschränkt teilnehmen? Ja ( ) Nein ( )
- ❖ Können Sie schwimmen? Ja ( ) Nein ( )

Ich nehme an den Aktivitäten im Rahmen der Veranstaltung auf eigenen Wunsch und auf eigene Verantwortung teil. Ich bin über die Freiwilligkeit des Grades meiner Teilnahme informiert worden und werde die Veranstaltungsleiter über körperliche oder sonstige Einschränkungen informieren.

Ort und Datum

Unterschrift

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_