

Medizinischer Selbstauskunftsformular

Name, Vorname:
Ausbildungsmaßnahme:
Zeitraum:

Veranstaltungen mit Praxisanteilen bringen sportliche Aktivitäten mit sich, für die eine gewisse körperliche Fitness erforderlich ist.

Personen mit körperlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen können teilnehmen, wenn die Kursleitung Bescheid weiß und das Programm eine entsprechende Anpassung erlaubt.

Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich dem Zweck gesundheitliche Schäden zu vermeiden. Nach der Ausbildungsmaßnahme werden diese Unterlagen an die TeilnehmerInnen zurückgegeben bzw. vernichtet. Eine Datenspeicherung findet nicht statt.

Bitte füllen Sie den Selbstauskunftsformular sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage:

Hatten Sie (jemals)... / Haben Sie ...	Ja:	Nein:
Allergien (z.B. Medikamente, Heuschnupfen, Insektenstiche, Nahrungsmittel)?		
Asthma, Bronchitis, sonstige Atemwegserkrankungen?		
eine Infektionskrankheit?		
Migräne oder häufige starke Kopfschmerzen?		
psychische Handicaps?		
Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedrigen Blutdruck?		
Verrenkungen (z.B. Schulter) oder Knochenbrüche?		
Diabetes?		
Operationen innerhalb der letzten 12 Monate?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte nähere Angaben zu Art und Dosierung.		
Konsum geistig oder körperlich beeinträchtigender Substanzen?		
Sonstiges?		

Falls Sie eine Frage mit Ja beantwortet haben, erläutern Sie diese bitte:

Name und Adresse (mit Telefonnummer)

Telefonnummer der Angehörigen
(erreichbar während der Bildungsmaßnahme).

Ich erkläre, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Informationen verschwiegen wurden.

Ort, Datum, Unterschrift

Bei Personen unter 18 Jahren, Unterschrift
der/des Erziehungsberechtigten.
