

Seilgarten

Medizinischer Fragebogen / TeilnehmerInnen

Mit diesem Formular unterstützen Sie uns in der Gewährleistung Ihrer Sicherheit während des Programms im Seilgarten. Diese Informationen unterliegen strengstem Datenschutz und sind nur den verantwortlichen Trainern zugänglich. Sie dienen der Vermeidung von Verletzungen und der bestmöglichen medizinischen Versorgung. Physische und psychische Sicherheit der TeilnehmerInnen stehen an oberster Stelle bei der Zielsetzung und bei der Durchführung unserer Programme. Wir erfüllen international anerkannte Sicherheitskriterien.

Wir bitten Sie, diesen Fragebogen möglichst 7 Tage vor Programmbeginn an uns zurückzusenden! (seilgarten@zieglersche.de oder Fax: 0751/8884-273)

Name / Vorname	/
Alter	
Einrichtung/Unternehmen	
Adresse	
Telefon	
Privatadresse	
Telefon (privat)	
Wer ist im Notfall zu benachrichtigen	/
Name / Telefon	
Haben Sie gesundheitliche Beeinträchtigungen, wenn ja welche?	
Allergien gegen Stoffe, die in der Natur vorkommen	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Herz - Kreislauf:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Wirbelsäule :	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Sehchwächen :	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Operationen :	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Bluter / in:	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Zuckerkrankheit :	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Schwangerschaft?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Sonstiges	
Nehmen Sie Medikamente, die ggf. Ihre Teilnahme am Programm einschränkt?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>
Haben Sie sonstige aktuelle Beschwerden, wenn ja welche?	Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>

Ich nehme an den angebotenen Aktivitäten auf eigene Verantwortung teil. Ich bin über die Freiwilligkeit meiner Teilnahme informiert worden und bestimme selbst Intensität und Ausmaß meiner körperlichen Betätigung.

Ich bestätige, dass ich psychisch und physisch normal belastbar bin.

Datum

Unterschrift