

Gesundheitsfragebogen

Name und Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Telefon: _____

1. Bist Du zurzeit in ärztlicher Behandlung? Ja Nein
wenn ja, warum? _____
2. Atemwegserkrankungen Ja Nein
wenn ja, welche? _____
3. Nimmst Du Medikamente Ja Nein
wenn ja, welche? _____
4. Leidest du unter Herzkreislaufproblemen Ja Nein
wenn ja, welche? _____
5. Leidest Du an Rücken- und Gelenkschmerzen Ja Nein
wenn ja, welche? _____
6. Operationen Ja Nein
wenn ja, welche? _____
7. Schwangerschaft? Ja Nein
8. Blasenprobleme Ja Nein
wenn ja, welche? _____

9. Darmprobleme? Ja Nein
wenn ja, welche? _____
10. Organsenkung? Ja Nein
wenn ja, welche? _____
11. Bist Du NichtschwimmerIn Ja Nein
12. Bist Du ausreichend Unfallversichert Ja Nein
13. Wenn Du eine oder mehrere Fragen mit ja beantwortet hast, kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko Trainieren? Ja weiss nicht

Halte mich bitte auf dem Laufenden, wenn sich Deine gesundheitliche Situation ändern sollte.

Ich will die obigen Fragen nicht beantworten und bin mir bewusst, dass ich dadurch die Kursleitung über meine allfälligen gesundheitlichen Risiken im Ungewissen lasse und in ihren Möglichkeiten mich (in einem Notfall) optimal zu betreuen einschränke. NEIN/JA

Ich möchte noch Bemerkungen/Erläuterungen zu den Fragen machen ruf mich an.

Ort & Datum _____ Unterschrift _____