

Medizinischer Fragebogen

Die Ausbildung setzt eine normale körperliche Fitness und Gesundheit voraus. Im Zweifelsfall fragen Sie ihren Arzt oder Arbeitsmediziner.

Die Angaben dienen Ihrer eigenen Sicherheit. Sie dienen einer schnellen Reaktion bei gesundheitlichen Notfällen, bei Auswahl der Übungen und für spezielle Hinweise an die Teilnehmenden. Die Angaben werden vertraulich behandelt. Sollte auf Grund fehlender oder falscher Angaben, es zu einer Gesundheitsgefährdung kommen, ist KOMM.aktiv von einer möglichen Haftung freigestellt.

Folgende Indikatoren können eine Teilnahme beeinflussen oder ggf. ausschließen.

Indikator	Liegt vor	Liegt nicht vor
Herz-Kreislaufkrankungen (Herzklappenfehler, Bluthochdruck, Infarkt, Herzschrittmacher, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzungen/Beeinträchtigungen des Bewegungsapparates (Bänderrisse, Sehnenscheidenentzündungen, Zerrungen, Rheuma,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beeinträchtigung des Wahrnehmungsapparates (Sehbehinderung, Schwerhörigkeit,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verletzungen/Beeinträchtigung des Stützapparates (an Wirbeln, Wirbelsäule, Bandscheiben, Rippen,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Chronische Erkrankungen (Asthma, Kurzatmigkeit, Epilepsie, Diabetes,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allergien gegen Stoffe, die in der freien Natur vorkommen (z.B. Bienenstiche,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unverträglichkeiten/Allergien gegen Medikamente (Penicillin, Schmerzmittel,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Infektionskrankheiten (innerhalb der letzten 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen (innerhalb der letzten 6 Monate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medikamenteneinnahme (regelmäßig oder akut, welche die Teilnahme einschränken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwangerschaft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges gesundheitliche Einschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sofern Sie eine Antwort mit „liegt vor“ angekreuzt haben, bitten wir Sie die Krankheit, Allergie, Beeinträchtigung etc. an dieser Stelle genauer zu benennen oder dem zuständigen Ausbilder mitzuteilen.

Datum, Ort

Unterschrift