

Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Für die Teilnahme an Ausbildungen und Touren der **Sektion Hohenstaufen Göppingen** ist es wichtig, neben den notwendigen konditionellen Voraussetzungen auch hinreichend gesund zu sein. Wir bitten Sie, sich diesbezüglich anhand des nachfolgenden Fragenkatalogs selbst einzuschätzen. Ihre Angaben werden selbstverständlich streng vertraulich behandelt. Wenn Sie relevante gesundheitliche Einschränkungen sehen, wenden Sie sich bitte auch direkt an uns.

Name, Vorname

Bitte prüfen Sie jeweils, ob Ihre Leistungs- oder Belastungsfähigkeit beeinträchtigt ist oder im Rahmen der Ausbildung sonstige Rücksichten genommen werden müssen.

Hatten Sie jemals oder haben Sie	Nein	Ja, aber keine Einschränkung	Ja, es bestehen Einschränkungen. Bitte erläutern Sie kurz die Einschränkungen
Herzbeschwerden, bekannten Herzfehler oder -krankheit, zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche oder Beschwerden an der Wirbelsäule, die Sport beeinträchtigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie, Schwindelzustände, Ohnmachtsanfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub ...)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
eine Infektionskrankheit? (Bitte auch an Übertragbarkeit denken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Müssen Sie auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstige relevante Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Bitte denken Sie an einen aktuellen Tetanusschutz und entscheiden Sie, ob Sie eine Zeckenimpfung durchführen wollen. Bitte informieren Sie uns, falls sich vor der geplanten Veranstaltung noch gesundheitliche Veränderungen ergeben haben.

Name und Telefonnummer der Angehörigen (während des Kurses/der Tour)

Ort, Datum

Unterschrift