

Gesundheitscheck zur Teilnahme an Outdooraktivitäten

Ihre Daten werden nach dem Datenschutzgesetz streng vertraulich behandelt, deshalb ausgefüllt bitte nur persönlich übergeben !

Vorname(n): _____ Nachname: _____

Straße: _____ PLZ: _____

Tel.: _____

Ich bestätige, dass mein Kind physisch und psychisch normal belastbar ist (dem Alter entsprechend).
Bei Vorliegen folgender Indikationen nehme ich vor der Aktivität Kontakt mit Fr. Barbara Rusulovic`-Guger auf.

	JA	NEIN
Herz – Kreislauferkrankungen (Bluthochdruck, Hypotonie, Herzklappenfehler, Herzinfarkt,..)		
Kurzatmigkeit, Atemprobleme		
Verletzungen des Bewegungsapparates (Luxationen, Bänderrisse, Zerrungen,..)		
Über-Untergewicht und/oder Besonderheiten im Bereich der Ernährung Welche:		
Verletzungen des Stützapparates (Wirbelsäulenbeschwerden, Rückenschmerzen,...)		
Tinnitus (Beeinträchtigung des Gleichgewichtssinnes)		
Operationen Welche und wie lange her:		
Chronische Erkrankungen (Asthma, Diabetes, Epilepsie,..)		
Allergien gegen Stoffe, die in freier Natur vorkommen (Pollen, Insektenstichallergie,..) Welche:		
Infektionskrankheit innerhalb der letzten 6 Monate Welche:		
Fieber innerhalb der vergangenen Woche:		
Medikamenteneinnahme: Welche:		
Besondere Ängste (Höhenangst, Engeangst,...)^ Welche:		
Sonstiges (Brillen, Kontaktlinsenträgerin) Welche:		

Datum: _____ Unterschrift: _____