

Allgemeiner Informations- und Auskunftsbogen zur Teilnahme an Seilgarten-Programmen

Das Ausfüllen des Fragebogens ist für einen reibungslosen Ablauf notwendig und hilft, dass der Veranstalter sich auf die Teilnehmer einstellen kann. (Empfehlung des Gemeindeunfallversicherungsverbandes)

Name: _____ Alter: _____

Die Teilnahme an Seilgarten-Programmen beinhaltet verschiedene Aktivitäten, bei denen eine gewisse körperliche Fitness erforderlich sein kann. Personen mit Behinderungen oder chronischen Erkrankungen können ebenso teilnehmen, wenn diese bekannt ist, und das Programm entsprechend angepasst werden kann. Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weiter gegeben und sollten gesundheitliche Schäden ausschließen.

Hatte Ihr Kind jemals/oder wurde festgestellt:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedrigen Blutdruck? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Chronische Erkrankungen (Asthma, Bronchitis, Atemwegserkrankungen, Epilepsie)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Diabetes? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Migräne oder starke Kopfschmerzen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Psychische Beeinträchtigungen? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 6. Heuschnupfen oder Allergien (z. B. Bienenstich)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 7. Verletzungen des Bewegungsapparates (Gelenkverletzungen, Verrenkungen oder Knochenbrüche)? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 8. Akute und/oder ansteckende Infektionskrankheiten? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 9. Regelmäßige Medikamenteneinnahme? Bitte ggf. nähere Angaben zu Art und Dosierung. | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 10. Operationen innerhalb der letzten 12 Monate? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 11. Schwindelfreiheit? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Erläuterung, falls eine Frage mit **Ja** beantwortet wurde:

Datum der letzten Tetanus-Impfung (falls bekannt): _____

Name und Adresse (mit Telefonnummer) von Angehörigen (erreichbar während des Programms):

Ich erkläre, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Informationen verschwiegen wurden.

Ort, Datum

Unterschrift d. Erziehungsberechtigten