

# Dieser Fragebogen dient deiner Sicherheit

## Medizinischer Selbstauskunftsbogen,

Name: \_\_\_\_\_, Alter: \_\_\_\_\_

Kurse und Outdoorprogramme mit Wollli beinhalten verschiedene handlungs- und erfahrungsorientierte Aktivitäten, welche eine normale körperliche Kondition voraussetzen. Personen mit Verletzungen, Behinderungen oder chronischen Erkrankungen können in der Regel an den Kursen teilnehmen, wenn Wollli drüber informiert ist und die Aktivitäten entsprechend anpasst. Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich dazu, gesundheitlichen Schäden vorzubeugen.

Bitte fülle die Gesundheitserklärung sorgfältig aus und **beantworte jede Frage**.

Bei Teilnehmenden unter 18 Jahren bitte ich die Erziehungsberechtigten, den Bogen zusammen mit Ihren Kindern oder Jugendlichen auszufüllen und zu unterschreiben. **Eine Teilnahme ist nur mit einer Unterschrift eines Erziehungsberechtigten möglich!**

### Hattest Du jemals oder hattest Du ...

**(Für Ergänzungen und weitergehende Informationen nutze bitte die Rückseite)**

**Beantworten die Fragen bitte nur mit Ja Nein**

- ... Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler- oder krankheiten?
  - ... zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? (nicht zutreffendes bitte streichen!)
  - ... Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche?
  - ... Beschwerden an der Wirbelsäule? (Wenn Ja wo und welcher Art)
  - ... Asthma, Bronchitis, Tuberkulose oder ähnliche Beschwerden oder Erkrankungen der Atemwege?
  - ... Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?
  - ... Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufige, starke Kopfschmerzen?
  - ... Nervenerkrankungen, Schwindelzustände, Tinnitus (Ohrgeräusche) oder Wahrnehmungsstörungen
  - ... Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub...)?
  - ... eine Infektionskrankheit, oder sind Sie Überträger einer solchen?
- Wurdest Du vor kurzer Zeit operiert? Wenn ja, wann und welche Operation? Gibt es daraus Einschränkungen?
- Wurdest Du auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?
- Nimmst Du regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Art der Medikamente und Dosierung auflisten)
- Besteht eine Schwangerschaft?
- Ich kann nicht Schwimmen
- Falls Du eine der Fragen mit JA beantwortet hast, erläutere Sie bitte möglichst exakt und rede mit Wollli darüber:

---

---

---

---

---

Datum Deiner letzten Tetanus-Impfung \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

Name, Adresse und Telefonnummer Ihres Hausarztes (oder behandelnden Arztes):

---

---

---

Name, Adresse und Telefonnummer von Angehörigen (erreichbar während des Seminars):

---

---

---

### Bei minderjährigen TeilnehmerInnen bitte unbedingt angeben!

**Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an dem Programm mit Wollli teilnimmt.** Ja | Nein |

**Im Falle eines Zeckenbisses bin ich mit der Zeckenentfernung durch Wollli einverstanden.** Ja | Nein |

Ich erkläre, die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich nach dem Ausfüllen des Bogens Veränderungen ergeben, teile ich dies Wollli mit.

---

Ort und Datum Unterschrift des/der TeilnehmerIn Bei unter 18-jährigen TeilnehmerInnen  
Unterschrift eines Erziehungsberechtigten