



## Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_ Gewicht: \_\_\_\_\_

Für den **Probetörn** benötigen wir einige Auskünfte über deine Gesundheit. Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt, weder gespeichert noch an Dritte weitergegeben und dienen ausschließlich dazu, gesundheitlichen Schäden vorzubeugen. Bitte fülle die Gesundheitserklärung gemeinsam mit deinen Eltern sorgfältig aus und **beantworte jede Frage**. Diese Gesundheitserklärung ist nur mit der Unterschrift eines Erziehungsberechtigten gültig.

1. Hattest du jemals oder hast du ... (Für Ergänzungen und weitergehende Informationen nutze bitte die Rückseite)	Ja	Nein
a. ... Herzbeschwerden, bekannte Herzfehler oder -krankheiten?		
b. ... zu hohen oder zu niedrigen Blutdruck? (nicht Zutreffendes streichen!)		
c. ... Sportverletzungen, Verrenkungen, Knochenbrüche?		
d. ... Beschwerden an der Wirbelsäule? (Wenn Ja, wo und welcher Art)		
e. ... Asthma, Bronchitis, Tuberkulose oder ähnliche Beschwerden oder Erkrankungen der Atemwege?		
f. ... Diabetes oder andere Stoffwechselerkrankungen?		
g. ... Epilepsie, Ohnmachtsanfälle, Migräne oder häufige, starke Kopfschmerzen?		
h. ... Nervenerkrankungen, Schwindelzustände, Tinnitus (Ohrgeräusche) oder Wahrnehmungsstörungen		
i. ... Allergien (z.B. gegen Insektenstiche, Medikamente, Nahrungsmittel, Blütenstaub...)?		
j. ... eine Infektionskrankheit, oder bist du Überträger einer solchen?		
k. Wurdest du vor kurzer Zeit operiert? Wenn ja, wann und welche Operation? Gibt es daraus Einschränkungen?		
l. Musst du auf eine besondere Ernährung achten bzw. spezielle Diäten einhalten?		
m. Nimmst du regelmäßig Medikamente ein? (Bitte Art der Medikamente und Dosierung auflisten)		
n. Besteht eine Schwangerschaft?		
o. Ich kann Schwimmen		

Falls du eine der Fragen mit JA beantwortet hast, erläutere diese bitte möglichst exakt auf der Rückseite und sprich unsere Betreuer an.

2. Datum deiner letzten Tetanus-Impfung \_\_\_\_\_ Blutgruppe \_\_\_\_\_

3. Name, Adresse und Telefonnummer deines Hausarztes (oder behandelnden Arztes):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Die Erziehungsberechtigten bitten wir, folgendes unbedingt anzugeben** (nicht Zutreffendes streichen):

Ich bin damit einverstanden, dass mein Sohn/meine Tochter an Hochseilgartenaktivitäten teilnimmt: Ja / Nein

Im Falle eines Zeckenbisses bin ich mit der Zeckenentfernung durch einen Mitarbeiter einverstanden: Ja / Nein

Wir erklären die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben. Falls sich nach dem Ausfüllen des Bogens Veränderungen ergeben, teilen wir dies mit.

Ort, Datum                      Unterschrift des/der BewerberIn                      Unterschrift eines Erziehungsberechtigten