

Medizinischer Selbstauskunftsbogen von HOODIS

Name des Jugendlichen: _____

Das erlebnispädagogische Programm beinhaltet verschiedene Aktivitäten in der Natur, sowie im Hochseilgarten, wozu eine gewisse körperliche Fitness erforderlich sein kann. Personen mit körperlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen können ebenso teilnehmen, wenn dies den Trainern bekannt ist und sich das Programm entsprechend anpassen lässt.

Alle Angaben werden **streng vertraulich** behandelt, werden weder gespeichert noch an Dritte weiter gegeben und dienen ausschließlich dem Zweck gesundheitliche Schäden auszuschließen.

Bitte füllen Sie die Gesundheitserklärung für Ihr Kind sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage:

Hatte Sie/Er jemals oder wurde festgestellt:	JA	NEIN
Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedriger Blutdruck?		
Asthma, Bronchitis, Atemwegserkrankungen (z.B. starker Raucher)?		
Diabetes?		
Migräne oder starke Kopfschmerzen?		
Habt Sie/Er psychische Handicaps?		
Heuschnupfen oder Allergien (z.B. gegen Medikamente, Insektenstiche, Nahrungsmittel)?		
Verrenkungen (z.B. Schulter) oder Knochenbrüche (z.B. Arm, Unterschenkel), Rücken, Hüfte?		
Hat Sie/Er eine Infektionskrankheit oder ist Sie/Er Überträger einer solchen?		
Nimmt Sie/Er regelmäßig Medikamente? Bitte nähere Angaben zu Art und Dosierung?		
Operation innerhalb der letzten 12 Monate?		

Falls Sie eine Frage mit **JA** beantwortet haben, erläutern Sie diese bitte:

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

Name und Adresse (mit Telefonnummer) der Angehörigen (erreichbar während des Trainings):

Ich bin damit einverstanden, das meine Tochter/mein Sohn an dem erlebnispädagogischen Programm am _____ teilnimmt. Sie/Er ist von mir angehalten, den Anweisungen der Betreuer/-innen Folge zu leisten. Mir ist bekannt, dass der Veranstalter für eigenmächtige Handlungen meines Kindes keine Haftung übernimmt. Ich erkläre, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Informationen verschwiegen wurden.

Ort, Datum

Unterschrift