

Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Name, Vorname: <input style="width: 80%; border: none;" type="text"/>
Schulungsmaßnahme /Kanukurs: Herbstkurs 2025
Zeitraum: 27.09.2025 – 28.09.2025

Veranstaltungen mit Praxisanteilen bringen sportliche Aktivitäten mit sich, für die eine gewisse körperliche Fitness erforderlich ist. Personen mit körperlichen Einschränkungen oder chronischen Erkrankungen können teilnehmen, wenn die Kursleitung Bescheid weiß und das Programm eine entsprechende Anpassung erlaubt. Sollten nach Abgabe des Selbstauskunftsbogens gesundheitliche Beeinträchtigungen auftauchen, muss das Kursteam spätestens zwei Tage vor dem Kurs verständigt werden. Alle Angaben werden streng vertraulich behandelt. Sie dienen ausschließlich dem Zweck, gesundheitliche Schäden zu vermeiden. 4 Wochen nach der Schulungsmaßnahme werden diese Unterlagen vernichtet und die Daten gelöscht.

Gesundheitsdaten gehören nach der Datenschutz Grundverordnung Artikel 9 Absatz 1 zu den Daten besonderer Kategorien personenbezogener Daten. Mit Ihrer Unterschrift unter diesem Medizinischen Selbstauskunftsbogen erteilen Sie uns die nach DSGVO Artikel 9 Absatz 2 a) erforderliche ausdrückliche Einwilligung zur Verarbeitung Ihrer Daten. Die Daten werden ausschließlich zu den in diesem Selbstauskunftsbogen erläuterten Zwecken verwendet,

Bitte füllen Sie den Selbstauskunftsbogen sorgfältig aus und beantworten Sie jede Frage:

Hatten Sie jemals... / Haben Sie...	Ja	Nein
Allergien (z.B. Medikamente, Heuschnupfen, Insektenstiche, Nahrungsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asthma, Bronchitis, sonstige Atemwegserkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> keine akute Infektionserkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Migräne oder häufige starke Kopfschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
psychische Handicaps?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedrigen Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verrenkungen (z.B. Schulter) oder Knochenbrüche in den letzten vier Jahren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes mellitus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Operationen innerhalb der letzten 12 Monate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte nähere Angaben zu Art und Dosierung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallmedikation Insulin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallmedikation Notfallkortison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notfallmedikation Aerosolspray	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Konsum geistig oder körperlich beeinträchtigender Substanzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

Adresse (mit Telefonnummer)

Telefonnummer der Angehörigen

(erreichbar während der Bildungsmaßnahme).

Ich erkläre hiermit, dass alle Angaben der Wahrheit entsprechen und keine wichtigen Informationen verschwiegen wurden. Ich erkläre, dass ich schwimmen kann und dass keine gesundheitlichen Hindernisse der Ausübung des Kanusports entgegenstehen. Die Teilnahme an der Veranstaltung erfolgt auf eigene Gefahr. Jede Haftung des Veranstalters und seiner Hilfspersonen für Personen- und Sachschäden ist ausgeschlossen, außer bei Vorsatz oder grober Fahrlässigkeit. Diesen Haftungsausschluss akzeptiere ich.

Ort, Datum Unterschrift

Bei Personen unter 18 Jahren, Unterschrift

des/der Erziehungsberechtigten.