

Medizinischer Selbstauskunftsbogen

Name, Vorname:
Schulungsmaßnahme /Kanukurs: Sommerkurs 2025
Zeitraum: 02.08.2025 – 07.08.2025

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)?	☐	☐
Asthma, Bronchitis, sonstige Atemwegserkrankungen?	☐	☐
☐ keine akute Infektionserkrankung?	☐	☐
Migräne oder häufige starke Kopfschmerzen?	☐	☐
psychische Handicaps?	☐	☐
Herzbeschwerden, Bluthochdruck oder zu niedrigen Blutdruck?	☐	☐
Verrenkungen (z.B. Schulter) oder Knochenbrüche in den letzten vier Jahren?	☐	☐
Diabetes mellitus?	☐	☐
Operationen innerhalb der letzten 12 Monate?	☐	☐
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Bitte nähere Angaben zu Art und Dosierung.	☐	☐
Notfallmedikation Insulin	☐	☐
Notfallmedikation Notfallkortison	☐	☐
Notfallmedikation Aerosolspray	☐	☐
Konsum geistig oder körperlich beeinträchtigender Substanzen?	☐	☐
Sonstiges?	☐	☐

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.