



Gesundheits-Fragebogen

Mit der Wasserfitness hast du eines der gesündesten und sichersten Bewegungsangebote gewählt. Trotzdem ist es möglich, dass auch im Bad einmal ein Notfall auftreten kann. Als verantwortungsbewusste Kursleiterin will ich in einer solchen Situation möglichst gut gewappnet sein. Darum – und damit ich dich optimal betreuen und beraten kann – brauche ich von dir die Informationen auf diesem Blatt. Bitte bringe es spätestens bei Kursbeginn ausgefüllt und unterzeichnet mit.

Hinsichtlich Datenschutz bleiben deine Angaben bei mir und werden vertraulich behandelt.

-
- | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| 1. Hat dir jemals ein Arzt gesagt, du hättest „etwas am Herzen“ und dir Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 2. Hast du im Verlauf des letzten Monats Brustschmerzen gehabt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 3. Hast du schon einmal das Bewusstsein verloren oder bist du schon einmal wegen Schwindel gestürzt? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 4. Hat dir jemals ein Arzt/eine Ärztin ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 5. Hast du Probleme am Bewegungsapparat (Gelenke / Knochen), die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten? Wenn ja, welche:
..... | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 6. Leidest du an Problemen der Atemwege /zB Asthma, Bronchitis)? Wenn ja, an welchen: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 7. Sind dir weitere Beschwerden bekannt, die wir wissen sollten, damit wir dich in einem Notfall richtig betreuen können?
Wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 8. Bist du DiabetikerIn? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 9. Bist du zur Zeit in ärztlicher Behandlung? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 10. Nimmst du zur Zeit Medikamente ein?
Wenn ja, welche: | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 11. Bist du ausreichende unfallversichert (auch Nichtbetriebsunfall!) ? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
| 12. Bist du NichtschwimmerIn? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja* |
- * Wenn du eine oder mehrere Fragen mit Ja beantwortet hast, kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?
- weiss nicht / bin unsicher ja
- Hast du diese Frage mit deinem Arzt / deiner Ärztin abgeklärt? nein ja*
-

Halte mich bitte auf dem Laufenden, wenn sich deine gesundheitliche Situation ändern sollte

Name		Vorname	
Tel P		Tel G	
Geburtsdatum	Unterschrift		Datum

Ich will die obigen Fragen nicht beantworten und bin mir bewusst, dass ich dadurch die Kursleitung über meine allfälligen gesundheitlichen Risiken im Ungewissen lasse und in ihren Möglichkeiten, mich (in einem Notfall) optimal zu betreuen, einschränke. ja nein

Ich möchte noch Bemerkungen/Erläuterungen zu den Fragen machen, rufe mich bitte an:

Bei einem Unfall braucht es viele helfenden Hände

Kann ich dich bei einem Notfall um Unterstützung bei der Nothilfe bitten?

Nein, fühle mich nicht sicher Ja

Wenn ja: welche Nothilfe-Ausbildung hast du (medizinische Berufsausbildung, Samariterkurs, CPR-Kurs, Nothilfekurs oder Ähnliches)?

.....