



Datum:

Name	Vorname	Geb. Dat.
PLZ	Ort	Straße
e-mail	Größe	Gewicht

Medizinischer Erhebungsbogen

Die Sicherheit unserer TeilnehmerInnen hat höchste Priorität. Zu Ihrer eigenen Sicherheit bitten wir Sie, die nachstehenden Fragen zu beantworten. Diese Informationen unterliegen dem strengen Datenschutz und dienen der Vermeidung von Verletzungen. Mit diesem Formular unterstützen Sie uns bei der Gewährleistung Ihrer Sicherheit während der Teilnahme und wenn notwendig, bei Ihrer bestmöglichen medizinische Versorgung.

Bitte die folgenden Fragen durch ankreuzen beantworten:	JA	NEIN
• Ich bestätige, dass ich psychisch und physisch normal belastbar bin.		
• Ich habe Beeinträchtigungen infolge einer Herz-Kreislauf-Erkrankungen (z.B. Herzklappen, Herzmuskel, nach Herzinfarkt, Bluthochdruck ...).		
• Ich leide an Kurzatmigkeit / erhöhtem Augendruck / Glaukom.		
• Alte Verletzungen am Körper (Bänderrisse, Luxationen, Zerrungen, Muskelverletzungen, Wirbelsäulenbeschwerden), behindern mich in meiner Bewegungsfreiheit.		
• Ich habe mich in den letzten 12 Monaten einer Operationen unterzogen.		
• Ich habe eine chronische Erkrankung (z.B. Asthma, Epilepsie, Zuckerkrankheit).		
• Ich stehe jetzt unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Medikamenten.		
• Ich bin schwanger.		

Bestätigung

Dieser Flying Fox wird entsprechend der geltenden Sicherheitsstandards betrieben. Trotzdem bestehen gewisse Restrisiken (wie Rutschgefahr, Sturzgefahr, Nässe etc.). Ich bin mir der Restrisiken bewusst und übernehme für diese selbst die Verantwortung. Wenn ich möchte, kann ich die Übung jederzeit vorzeitig beenden. Während der Benutzung des Flying Fox ist es nicht gestattet Gegenstände (z.B. Handy, Fotoapparat) mitzuführen. Das Hinunterfallen von Gegenständen stellt eine Verletzungsgefahr dar, für Gegenstände die mir hinunterfallen bin ich selbst verantwortlich. Der Betreiber übernimmt keine Haftung für Gegenstände die am Ausgangspunkt des Flying Fox hinterlegt werden. Für Schäden an Personen und Sachen, die aufgrund eines Zuwiderhandelns gegen die Anweisungen von Betreuungspersonen entstehen, übernehme ich selbst die Verantwortung.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

- die Richtigkeit aller Angaben.
- die Akzeptanz des Prinzips der Eigenverantwortlichkeit
- dass ich über die Restrisiken informiert worden bin.
- dass von mir verursachte Schäden am Leihmaterial zu ersetzen sind.
- dass entstandene Fotos, von Stefan Brunner verwendet werden dürfen.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift

Revers

(Nur auszufüllen nach Aufforderung durch einen der Guides!)

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich vom Personal aufgrund des medizinischen Fragebogens hinsichtlich der Schwierigkeiten und Gefahren in Zusammenhang mit meinen gesundheitlichen Einschränkungen informiert worden bin. Bei der Durchführung der Outdoor-Übungen übernehme ich selbst die volle Verantwortung für meine Gesundheit.

.....
Ort/Datum

.....
Unterschrift