

Die vorliegende Gesundheitsabfrage dient der sicheren Durchführung von Veranstaltungen im Seilgarten Hannover und ist deshalb für jede Gruppe verbindlich abzufragen. Sie dient dem Schutz der Teilnehmenden und geben den zuständigen Trainer\*innen die Möglichkeit, bei bestimmten Gesundheitsrisiken entsprechend zu reagieren.

Sind vor Beginn des Programms Teilnehmer\*innen bekannt, bei denen eine der u.g. Indikatoren vorliegen, muss dies dem Trainerteam vor Ort mitgeteilt werden. Bei Minderjährigen erfolgt dies durch die entsprechende Betreuungsperson, bei Erwachsenen durch die Teilnehmer\*innen selbst.

Wir bitten Sie daher, sich die entsprechenden Informationen von den Teilnehmenden vorab und zeitnah vor der Veranstaltung einzuholen und den Bogen erst vor Ort am Tag der Veranstaltung abzugeben. Die Fragebögen werden vertraulich behandelt und am Ende der Saison vernichtet.

**Teilnehmer\*innen, die am Tag der Veranstaltung erkältungsähnliche Symptome aufweisen (Fieber, Husten, Gliederschmerzen u.ä. Verlust Geruchs- und Geschmackssinn/ keine Pollenallergie) können zurzeit aus Vorsichtsmaßnahmen nicht an Programmen von uns teilnehmen!**

Die drei folgenden Angaben sind von der zuständigen Betreuungsperson auszufüllen

**Schule/Verein/Einrichtung/Familie o.a.:** \_\_\_\_\_

**Datum der Veranstaltung:** \_\_\_\_\_

**Zuständige Begleitperson vor Ort:** \_\_\_\_\_

Es liegen folgende Indikatoren vor:

- |   |   |                  |
|---|---|------------------|
| <b>1. Herz- und Kreislauferkrankungen</b>   | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>2. Verletzungen Bewegungsapparat</b><br>(Bänder, Muskeln, Zerrungen, usw.)   | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>3. Verletzungen Stützapparat</b><br>(Brüche, Wirbelsäule, Knochen, Bandscheibenvorfall u.a.)   | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>4. Operationen</b><br>(innerhalb der letzten 12 Monate)  | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>5. Chronische Erkrankungen</b><br>(Asthma, Diabetes, Epilepsie, usw.)  | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>6. Allergien gegen Stoffe in der Natur</b><br>(Insekten/Bienen, Pollen, Pflanzen)  | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>7. Medikamenteneinnahme</b><br>(die die Teilnahme ev. einschränken könnte)   | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>8. Schwangerschaft</b>   | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| <b>9. Sonstiges</b><br>was die Teilnahme einschränken könnte<br>(z.B. starkes Übergewicht o.a., Erkältung, Kontakt zu Covid19 Infizierten i.d. letzten 14 Tagen o.a.) | <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN | Anzahl TN: _____ |
| ( ) _____   | <input type="checkbox"/> JA                               | Anzahl TN: _____ |
| ( ) _____   | <input type="checkbox"/> JA                               | Anzahl TN: _____ |
| ( ) _____   | <input type="checkbox"/> JA                               | Anzahl TN: _____ |

Sofern Unsicherheiten hinsichtlich der Teilnahme bestehen sollten, können Sie uns anrufen oder sich bei dem zuständigen Trainer\*innenteam vor Ort absichern.

Hiermit bestätige ich, dass ich mich vorab über den Gesundheitszustand der Teilnehmenden informiert habe. Sofern ich Kenntnis davon habe, dass bei TN\*innen eine der o.g. Indikationen vorliegen, informiere ich die Trainer\*innen über Einzelheiten vor Ort.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift Begleitperson/Gruppenverantwortliche/r