

## Gesundheitsinformation - Gruppenbogen

Die Abfrage gesundheitlicher Risiken dient der sicheren Durchführung von Veranstaltungen im Seilgarten Hannover und dem Schutz der Teilnehmer\*innen. Sie ist für **jede Gruppe verbindlich vorzunehmen**. Bitte teilen Sie uns alle bekannten Indikationen mit, damit die zuständigen Trainer\*innen bei Bedarf adäquat agieren können.

Wir bitten Sie, sich die entsprechenden Informationen von den Teilnehmer\*innen **vorab** und **zeitnah vor der Veranstaltung** einzuholen, **in einem Bogen anonymisiert zusammengetragen** und **diesen am Tag der Veranstaltung vor Ort bei den für Ihre Gruppe zuständigen Trainer\*innen** abzugeben.

Die Fragebögen werden vertraulich behandelt und am Ende der Saison vernichtet.

Die vier folgenden Angaben sind von der zuständigen Betreuungsperson auszufüllen (Druckbuchstaben):

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

Schule/Verein/Einrichtung/Sonstiges: \_\_\_\_\_

Klasse/Gruppenname/Sonstiges: \_\_\_\_\_

Begleitperson vor Ort: \_\_\_\_\_

Es liegen folgende Indikatoren vor:

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

Bei Unsicherheiten hinsichtlich der Teilnahme wenden Sie sich an unsere Geschäftsstelle und/oder die zuständigen Trainer\*innen-Team vor Ort.

**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.**

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich desweiteren, dass ich, sofern ich mit minderjährigen Teilnehmer\*innen den Seilgarten besuche, hierfür das Einverständnis der Erziehungsberechtigten eingeholt habe.**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Begleitperson