

**Vorbereitungskurs zur
Sporteingangsprüfung**

ID: _____ /17

Name	Vorname	Geburtsdatum	Geschlecht <input type="checkbox"/> weiblich / <input type="checkbox"/> männlich
Straße, Hausnummer		PLZ, Wohnort	
Telefon privat/beruflich		Email	
Abweichende Rechnungsadresse:			
<p>Um Risikofaktoren auszuschließen, die gegen eine Teilnahme am Vorbereitungskurs sprechen könnten, bitten wir Sie, die folgenden Fragen aufmerksam durchzulesen und mit „Ja“ oder „Nein“ zu beantworten:</p>			
1. Hat Ihnen Ihr Arzt jemals gesagt, dass Ihr Herz in keinem guten Zustand ist <u>und</u> dass Sie Sport nur nach ärztlicher Verordnung betreiben sollen?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
2. Haben Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich körperlich anstrengen?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie in den letzten Monaten Brustschmerzen in Momenten, in denen Sie sich nicht körperlich anstrengen?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
4. Verlieren Sie aufgrund von Schwindel leicht Ihr Gleichgewicht oder wurden Sie jemals ohnmächtig?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
5. Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich durch eine Veränderung Ihrer körperlichen Aktivität verschlimmern könnte?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
6. Haben Sie ein muskuläres Problem, das sich durch eine Veränderung Ihrer körperlichen Aktivität verschlimmern könnte?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
7. Verschreibt Ihnen Ihr Arzt momentan Herzmittel oder Medikamente für Ihren Blutdruck (z.B. Betablocker)?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
8. Kennen Sie irgendeinen anderen Grund, warum Sie keinen Sport betreiben sollten?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
9. Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung (Hämophilie)?			ja ... <input type="checkbox"/> nein .. <input type="checkbox"/>
<p>Falls Sie eine oder mehrere der oben genannten Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, benötigen wir für die Durchführung des Vorbereitungskurses eine ärztliche Unbedenklichkeitsbescheinigung.</p>			

Bitte wenden



Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, am Vorbereitungskurs zur Sporteingangsprüfung am Karlsruher Institut für Technologie (KIT), Institut für Sport und Sportwissenschaft, Leitung Prof. Dr. Alexander Woll, teilzunehmen. Mit der Speicherung der erhobenen Daten bin ich einverstanden.

Mir ist bekannt, dass bei jeder sportlichen Betätigung ein Verletzungsrisiko besteht und auch eine Herz-Kreislaufbelastung auftritt. Das individuelle Risiko ist abhängig vom Allgemeinzustand des Betreffenden, von eventuell bestehenden Erkrankungen, von früheren Erkrankungen und vom aktuellen Trainingszustand.

Die Teilnahme am Vorbereitungskurs zur Sporteingangsprüfung erfolgt auf eigenes Risiko.

Unterschrift des Teilnehmers: _____

Unterschrift eines/r Erziehungsberechtigten/r bei Teilnehmern unter 18 Jahren:

Ort, Datum: _____

- | | |
|---|--------------------------|
| 1. Technische Geräte in einwandfreiem Zustand? | <input type="checkbox"/> |
| 2. Probanden über Risiken und Gefahren aufgeklärt? | <input type="checkbox"/> |
| 3. Fragen über Risikofaktoren überprüft? | <input type="checkbox"/> |
| 4. Ist die Notfallkette inklusive Notrufnummer bekannt? | <input type="checkbox"/> |
| 5. Ist ein funktionsfähiges Telefon vorhanden? | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift Mitarbeiterin/Mitarbeiter IfSS: _____

Ort, Datum: _____