

OUTDOOR CONSULT

Wolfgang Baumgartner
Veilchenweg 19
73230 Kirchheim unter Teck
07021 / 72 05 18
0173 / 3 15 49 25
baumgartner@outdoor-consult.de
www.outdoor-consult.de



OUTDOOR CONSULT
UNTERNEHMENSBERATUNG.

Gesundheitsbogen

OUTDOOR CONSULT möchte Ihnen einen erlebnisreichen, aber vor allen Dingen sicheren Aufenthalt in der mit Ihnen verabredeten Naturregion oder im Hochseilgarten bieten. Um eventuellen persönlichen gesundheitlichen Risiken vorzubeugen und bei einem möglichen Unfall sofort adäquat reagieren zu können, bitten wir Sie um einige persönliche Angaben.

Die hier gemachten Angaben werden ausschließlich vom verantwortlichen Mitarbeiter oder der verantwortlichen Mitarbeiterin von **OUTDOOR CONSULT** gelesen, vertrauensvoll behandelt und nach Beendigung des Aufenthaltes vernichtet.

Name: _____

Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Alter: _____

Person, die im Notfall benachrichtigt werden soll: _____

Allergien: _____

Momentane Erkrankungen oder Medikamente, die Sie beeinträchtigen könnten: _____

Bekannte Medikamentenallergien: _____

Letzte Tetanusimpfung: _____

Bei Frauen: Sind Sie schwanger?

ja

nein

Sollten Sie eines der folgenden Symptome gehabt haben oder noch haben, kreuzen Sie bitte „ja“ an, wenn nicht, bitte „nein“.

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Epilepsie
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Herzbeschwerden, Herzrhythmusstörungen, Herzschrittmacher
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Asthma
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Diabetes
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Fälle von Ohnmacht, Schwindel
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Niedriger oder hoher Blutdruck
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Brüche, Verrenkungen, Bänderrisse
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Rückenprobleme
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Gelenkprobleme
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Muskelprobleme
<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:

Bitte geben Sie Erläuterungen und Daten zu den mit „ja“ angekreuzten Punkten:

Datum _____

Unterschrift _____