

## Risikocheck – Nordic Walking

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Gesundheitliche Einschränkungen	Ja	Nein
Besteht eine Herzkrankheit oder hoher Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Gelenkschmerzen vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lag in den letzten 6 Monaten eine ernsthafte Erkrankung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fühlst du/Sie sich z. Z. krank oder unwohl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden herzfrequenzsenkende Medikamente, z. B. Betablocker eingenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Solltest du/Sie eine Frage mit ja beantworten, so bitte ich um einen Besuch beim behandelnden Arzt und Ausstellung einer ärztlichen Empfehlung.

---

Datum/Unterschrift

Diese Datenerhebung fällt unter das Datenschutzgesetz und eine erweiterte ärztliche Schweigepflicht (Kursleitung). Der Verein und die Kursleitung verpflichten sich, die erhobenen personenbezogenen Daten nur intern zur inhaltlichen Abstimmung der gesundheitsorientierten Bewegungsprogramme zu verwenden und nach Abschluss der Teilnahme die Daten nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes zu vernichten.

## Ärztliche Empfehlung

Aus medizinischer Sicht bestehen keine Bedenken, dass

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

an dem Nordic Walking Kurs teilnimmt.

Bemerkungen:

---

---

---

Datum/Unterschrift des behandelnden Arztes

Diese Datenerhebung fällt unter das Datenschutzgesetz und eine erweiterte ärztliche Schweigepflicht (Kursleitung). Der Verein und die Kursleitung verpflichten sich, die erhobenen personenbezogenen Daten nur intern zur inhaltlichen Abstimmung der gesundheitsorientierten Bewegungsprogramme zu verwenden und nach Abschluss der Teilnahme die Daten nach den Bestimmungen des Datenschutzgesetzes zu vernichten.