

Gesundheitsauskunft

Vorname und Name des Kursteilnehmers:

- | | | | | |
|--|--------------------------|----|--------------------------|------|
| Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Haben Sie eine Herzerkrankung? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Tragen Sie einen Herzschrittmacher? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Leiden Sie unter Diabetes? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| wenn ja: Spritzen Sie Insulin? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Nehmen Sie Tabletten? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Leiden Sie unter Erkrankung des Skelettsystems, z. B. Osteoporose? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |
| Leiden Sie häufiger unter Schwindel? | <input type="checkbox"/> | ja | <input type="checkbox"/> | nein |

Sonstige Erkrankungen:

Wir versichern Ihnen, dass wir Ihre Daten streng vertraulich behandeln und die Vorschriften des Datenschutzgesetzes beachten.

Hiermit erkläre ich, dass ich den Kurs "Sturzprävention" auf eigenes Risiko besuche.

Fürstenfeldbruck,

(Datum)

(Unterschrift Kursteilnehmer)