



Gesundheitsauskunft

Vorname und Name des Kursteilnehmers:

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung? ja nein

Haben Sie eine Herzerkrankung? ja nein

Tragen Sie einen Herzschrittmacher? ja nein

Leiden Sie unter Diabetes? ja nein

wenn ja: Spritzen Sie Insulin? ja nein

Nehmen Sie Tabletten? ja nein

Leiden Sie unter Erkrankung des Skelettsystems, z. B. Osteoporose? ja nein

Leiden Sie häufiger unter Schwindel? ja 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)