



## Gesundheits-Check-Fragebogen

### Aerial Motion

Dieser Fragebogen dient deiner Sicherheit und hilft uns, den Unterricht individuell an deine körperlichen Voraussetzungen anzupassen. Bitte fülle ihn sorgfältig und wahrheitsgemäß aus.

Die Angaben werden vertraulich behandelt und ausschließlich zum Zweck der Trainingsgestaltung und Unfallprävention genutzt.

#### Teilnehmerdaten

**Name, Vorname:**

---

**Telefon/E-Mail:**

---

*(Bei minderjährigen Teilnehmern bitte Kontaktdaten der Erziehungsberechtigten)*

#### Gesundheitsangaben

Bitte kreuze an, was für dich zutrifft bzw. gib ergänzende Informationen an.

<b>Gesundheitsaspekt</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Wenn ja, bitte nähere Angaben</b>
Bestehen aktuell od. chronisch körperliche Beschwerden oder Einschränkungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen Herz-Kreislauf- Erkrankungen (z.B. Herzrhythmusstörungen, Bluthochdruck)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



<b>Gesundheitsaspekt</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Wenn ja, nähere Angaben</b>
Bestehen Erkrankungen der Wirbelsäule, Gelenke oder Knochen (z.B. Bandscheibenprobleme, Arthrose)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen neurologische oder psychische Erkrankungen (z.B. Epilepsie, Angststörungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen Atemwegserkrankungen (z.B. Asthma)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bestehen Stoffwechselerkrankungen (z.B. Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Besteht aktuell eine Schwangerschaft oder besteht die Möglichkeit einer Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nimmst du regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gab es in den letzten 6 Monaten Operationen, Verletzungen oder Unfälle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gibt es sonstige gesundheitliche Besonderheiten, die für das Training relevant sein können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## Sportliche Erfahrung

### Frage

Hast du bereits Erfahrung mit Aerial Hoop, Pole Dance oder anderen Aerial-/Tanz-/Fitnessarten?

### Antwort

Wie würdest du deine aktuelle Fitness einschätzen?  
(Anfänger/Mittel/Fortgeschritten)?

Gibt es bestimmte Trainingsziele, die du erreichen möchtest?

### Hinweise und Einwilligung nach Art. 9 DS-GVO

Mit dem Ausfüllen dieses Gesundheitsfragebogens teilst du uns besondere Kategorien personenbezogener Daten im Sinne des Art. 9 DS-GVO mit.

Die Verarbeitung dieser Daten erfolgt ausschließlich zur sicheren Durchführung des Trainings und zur individuellen Betreuung im Rahmen deines Kursbesuchs bei Aerial Motion.

Ich erkläre mich hiermit ausdrücklich damit einverstanden, dass meine oben genannten Gesundheitsdaten zu diesem Zweck erhoben, gespeichert und genutzt werden dürfen. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Weitere Informationen finden sich in der Datenschutzerklärung Aerial Motion.

### Einverständniserklärung:

Ich versichere, dass die gemachten Angaben vollständig und wahrheitsgemäß sind.

Ich habe die Hinweise zur Datenverarbeitung nach Art. 9 DS-GVO gelesen und verstanden.

Ich erkläre mich mit der Speicherung und Nutzung meiner Daten zum Zweck der Trainingssicherheit einverstanden.

Ort, Datum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(Unterschrift Teilnehmer/in)

\_\_\_\_\_

(Erziehungsberechtigter bei Minderjährigen)