**Persönliche Angaben**

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geburtsdatum PLZ, Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Mitgliedsnummer

**1. Kontraindikationen**

Beim Auftreten von absoluten Indikatoren darf **kein EMS-Training** durchgeführt werden. Beim Auftreten relativer Kontraindikationen darf ein EMS Training nur nach ärztlicher Freigabe oder ausdrücklicher, selbstständiger Erklärung des Trainierenden erfolgen.

|  |  |
| --- | --- |
| **Absolute Kontraindikationen** | **Relative Kontraindikationen** |
| 1. Akute Erkrankungen, bakterielle Infektionen, entzündliche Prozesse |  | 1. Akute Rückenbeschwerden (ohne Diagnose) |  |
| 2. Kürzlich erfolgte Operationen |  | 2. Akute Neuralgien oder Bandscheibenvorfälle |  |
| 3. Arteriosklerose, arterielle Durchblutungsstörungen |  | 3. Implantate, die älter als 6 Monate sind |  |
| 4. Stents und Bypässe, die weniger als 6 Monate aktiv sind |  | 4. Erkrankung der inneren Organe (z. B. Nierenerkrankungen)  |  |
| 5. Unbehandelter Bluthochdruck |  | 5. Kardiovaskuläre Erkrankungen |  |
| 6. Diabetes Mellitus |  | 6. Bewegungskinetosen |  |
| 7. Schwangerschaft |  | 7. Größere Flüssigkeitsansammlungen im Körper |  |
| 8. Elektrische Implantate, Herzschrittmacher |  | 8. Ödeme |  |
| 9. Herz-Rhythmus-Störung |  | 9. Offene Hautverletzungen |  |
| 10. Tumor oder Krebserkrankungen |  |
| 11. Blutungsstörungen, Blutungsneigung |  |
| 12. Neurale Erkrankung, Epilepsie, schwere Sensitivitätsstörungen |  |
| 13. Bauchwand- und Leistenhernien |  |
| 14. Implantate, jünger als 6 Monate |  |

**2. Trainingsneueinsteiger**

Auf Grund Ihres Alters gelten Sie gemäß den Richtlinien ärztlicher und sportmedizinischer Fachgremien als Trainierende / Trainierender im fortgeschrittenen Alter (Männer > 40 Jahre / Frauen > 50 Jahre). Deshalb ist eine Abklärung Ihrer „persönlichen Trainingsvergangenheit“ nötig. Wie oft haben Sie sich im Verlaufe des letzten Jahres an einem Stück mindestens 20-30 Minuten intensiv (= schweißtreibend) bewegt oder trainiert?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ø 4x bis täglich pro Woche | Ø 2x-3x pro Woche | Ø 1x pro Woche | Ø 1x vierzehn-täglich | Ø 1x monatlich | weniger als 1xMonat |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Nicht bekannt** |
| **3. Ärztliche Behandlung / Medikamenteneinnahme** |
| Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? |  |  |  |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? |  |  |  |
| **4. Atemwege** |
| Leiden Sie an Problemen der Atemwege? |  |  |  |
| falls JA: Welche?chronische Bronchitis(Leistungs-)AsthmaAndere: .................................................................................................................... |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| **5. Herzkreislaufrisiko** |
| Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herz“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? |  |  |  |
| Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? |  |  |  |
| Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? |  |  |  |
| Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben schon jemals das Bewusstsein verloren? |  |  |  |
| Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems verschrieben? |  |  |  |
| **6. Bewegungsapparat** |
| Haben Sie Probleme an Gelenken, Knochen und / oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten? |  |  |  |
| falls JA: Welche?RückenSchulternKnie Andere: .................................................................................................................... |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |

**7. Allgemein**

Ist Ihnen, aufgrund persönlicher Erfahrung oder aufgrund eines ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, warum Sie nicht körperlich aktiv / sportlich aktiv sein sollten?

JA NEIN

**8. Erklärung**

Damit auch bezüglich des Gesundheitsrisikos stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichte ich mich, das Studio über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung im Vergleich zu den vorgehend gemachten Angaben umgehend zu informieren, insbesondere über eine aktuelle Medikamenteneinnahme oder über Gesundheitsprobleme, welche eine ärztliche Behandlung nötig machen.

**Hinweis**

* Training unter dem Einfluss von Alkohol, Drogen oder Rauschmitteln ist verboten
* 2 Stunden vor dem Training sollte kohlenhydratreiche Nahrung aufgenommen worden sein
* 1 Stunde vor dem Training 0,5 Liter Flüssigkeit trinken

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Trainer Datum, Unterschrift Mitglied