**Persönliche Angaben**

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

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Nicht bekannt** |
| **1. Ärztliche Behandlung / Medikamenteneinnahme** |
| Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? |  |  |  |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? |  |  |  |
| **2. Atemwege** |
| Leiden Sie an Problemen der Atemwege? |  |  |  |
| falls JA: Welche?chronische Bronchitis(Leistungs-)AsthmaAndere: .................................................................................................................... |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| **3. 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? |  |  |  |
| **4. Stoffwechsel** |
| Liegt bei Ihnen ein Diabetes mellitus vor? |  |  |  |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| **5. 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? |  |  |  |

**6. 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 |

**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. Datenschutzklausel**

Die personenbezogenen Daten des Interessenten werden gemäß den aktuell geltenden Datenschutzbestimmungen nur für das Probetraining und zur Durchführung vorvertraglicher Maßnahmen erhoben und verarbeitet. Bei den von uns erhobenen Daten handelt es sich um Namen, Anschrift, Geburtsdatum und Telefonnummer. Die Daten werden dabei auch in elektronischer Form gespeichert. Es werden ohne Einwilligung des Interessenten keine personenbezogenen Daten an Dritte übermittelt. Hiervon ausgenommen sind Auftragsverarbeiter, die besonders vertraglich zur Verschwiegenheit verpflichtet werden. Die Dateien werden sicher auf Speicherservern der EU aufbewahrt. Die oben angegebenen Daten werden in der Form lediglich für die Dauer von 8 Wochen gespeichert, wenn es nach dem Probetraining zu keinem Vertragsabschluss kommt. Die Daten werden dann 8 Wochen nach der Erhebung vernichtet.

Der für die Datenverarbeitung Verantwortliche ist………………………… (Name, Firma, Adresse, E-Mail-Adresse). Der Datenschutzbeauftragte ist unter folgender E-Mail-Adresse erreichbar (………………………).

Die zuständige Aufsichtsbehörde, bei der Ihnen ein Beschwerderecht zusteht, ist ……………………………………………………………………………………..…… (Kontaktanschrift der Aufsichtsbehörde).

**Besondere Einwilligung**: Sind Sie mit den folgenden Nutzungszwecken einverstanden, kreuzen Sie diese bitte entsprechend an. Wollen Sie keine Einwilligung erteilen, lassen Sie das Feld bitte frei.

▢ Ich willige ein, dass ……………………………….………. (Name des Studios) meine Gesundheits- und biometrischen Daten zum Zwecke der Trainingsunterstützung verarbeitet.

Sie haben das Recht, Ihre Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Durch den Widerruf der Einwilligung wird die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung nicht berührt. Sie

können den Widerruf entweder postalisch an ………………………………………………………………….. (Name) unter der Adresse………………………..………………..……, per E-Mail unter ………..……….….…@.......................oder per Fax, Nr.: …………………….…………………….………..…. übermitteln.

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

Ort, Datum Unterschrift des Betroffenen

Mir stehen gegenüber…………………………………….… (Name, Studio, Adresse des Studios) folgende Rechte zu:

Das Recht auf Auskunft (es entstehen mir dadurch keine Kosten wie Porto bzw. Übermittlungskosten), ein Berichtigungsrecht, das Recht auf Löschung, das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung sowie das Recht, gespeicherte Daten heraus zu verlangen, um sie bei einem anderen Verantwortlichen speichern zu lassen (Recht auf Datenübertragbarkeit).

Ich habe bei unrechtmäßiger Datenverarbeitung das Recht, Widerspruch einzulegen. Der Verantwortliche verarbeitet die personenbezogenen Daten dann nicht mehr, es sei denn, er kann zwingende schutzwürdige Gründe für die Verarbeitung nachweisen, die die Interessen, Rechte und Freiheiten der betroffenen Person überwiegen, oder die Verarbeitung dient der Geltendmachung, Ausübung oder Verteidigung von Rechtsansprüchen.

**9. Erklärung**

Damit auch bezüglich des Gesundheitsrisikos stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichte ich mich, im Falle eines Vertragsabschlusses, 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.

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

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

Datum, Unterschrift Trainer Datum, Unterschrift Interessent