

Anmeldung zum Kurs

Funktional Training

im Fischelner Turnverein 1905 e.V.



vom 19.05.-07.07.2017 (6x) von 19.00 – 20.00 Uhr

Name _____ Vorname _____

PLZ/Ort _____ Straße _____

Geb. _____

Kontaktdaten

Telefon _____

Mobil _____

E-Mail _____

Sobald ich vom Verein die Zusage einer Teilnahme erhalten habe überweise ich die Kursgebühr in Höhe von **60,00 Euro für Nichtmitglieder** bzw. **48,00 Euro für Mitglieder** auf das Vereinskonto

IBAN DE85 3205 0000 0046 0088 19 bei der Sparkasse Krefeld unter Angabe des Teilnehmersnamens.

Das Trainerteam des Fischelner Turnverein übernimmt keine Verantwortung für Beschwerden, die sich möglicherweise beim Training einstellen und auf den persönlichen Gesundheitszustand **vor** Beginn des Trainings zurückzuführen sind. Daher ist es für uns unabdingbar, dass der Gesundheitszustand ein funktionelles Training zulässt und bitten Sie nachfolgende Fragen wahrheitsgemäß zu beantworten.

	ja	nein
Haben Sie Herz- oder Kreislaufprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Stoffwechselprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine akute Erkrankung bzw. einen entzündlichen Prozess?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Thrombose oder eine Thrombosegefahr?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie frische Wunden oder eine Operation hinter sich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten halben Jahr einen Bypass oder einen Stent bekommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie unbehandelten Bluthochdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Diabetes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	ja	nein
Haben Sie einen Herz-oder Hirnschrittmacher?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sind Sie in einer Chemo- oder Krebsbehandlung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Epilepsie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sein Sie schwanger oder stillen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine neuronale Erkrankung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht eine Durchblutungsstörung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie eine Bauchwand- oder Leistenhernie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Tuberkulose?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neigen Sie zu starken Blutungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie akute Rückenschmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Krampfadern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gab es im letzten Jahr Verletzungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Rheuma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Arthrose oder Arthritis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe die Fragen wahrheitsgemäß beantwortet und entbinde den Fischelner Turnverein und seine Trainer von negativen Trainingsfolgen, die durch Vorerkrankungen verursacht wurden.

Dem Fischelner Turnverein steht es frei, wen er aufgrund der gesundheitlichen Voraussetzungen zum Training zulässt.

Krefeld, den

Unterschrift _____