

Anmeldung

für das AKUFIT,

das Zentrum für Bewegung und Gesundheit der Uni Siegen

Hiermit melde ich mich für die Nutzung des AKUFIT verbindlich an.

Für die Nutzungsdauer des AKUFIT erkenne ich die „Regelungen zur Benutzung des AKUFIT“ an, die u.a. im AKUFIT aushängen.

Die Nutzungsdauer beginnt im Monat _____

und beträgt 1 Monat
 6 Monate
 12 Monate

Name : _____ Vorname : _____

Strasse : _____ PLZ, Ort : _____

Tel.-Nr. : _____ e-mail : _____

Geburtsdatum: _____ Matr.-Nr. : _____

Sie sind männlich weiblich

Und Studierende/r
 Bedienstete/r
 Nicht-Uni-Angehörige/r*

Beantragen Sie eine Ermäßigung? Ja Nein

Begründung: _____

Siegen, den _____
(Datum)

(Unterschrift)

Bitte nicht ausfüllen:

Abgabedatum: _____ Anmelde-NR.: _____ Dauer: _____ €

Fragen zur Gesundheit

Name _____

Vorname _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Geburtsdatum _____

Fragen:

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Haben Sie eine Herzerkrankung ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 2. Haben Sie einen Herzfehler/eine Herzschwäche ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 3. Tritt bei Ihnen immer wieder einmal ein
Herzstechen in der linken Brust auf ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 4. Leiden Sie unter Atemnot in Ruhe oder bei
normalen Alltagsbelastungen ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 5. Leiden Sie unter Schwindel und häufigen
Kopfschmerzen ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 6. Liegt eine Asthma-Erkrankung vor ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 7. Haben Sie eine Schilddrüsenerkrankung ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 8. Liegt eine Zuckerkrankheit vor ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 9. Leiden Sie regelmäßig an Rückenbeschwerden ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 10. Sind Sie schwanger ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 11. Sind Sie über 35 und nicht sporttreibend ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 12. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein ?
z.B. Beta-Blocker, usw. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| 13. Haben Sie z.Zt. noch Beschwerden aufgrund von
größeren Verletzungen oder/und durchgeführten
Operationen am Bewegungsapparat ? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Wenn ich alle oben gestellten Fragen mit „nein“ beantwortet habe, verpflichte ich mich, die durch den Ausdauer-/Belastungstest erhaltenen Grenzwerte für das Training , insbesondere an den Kardio-Geräten einzuhalten.

Wenn ich nicht alle oben gestellten Fragen mit „nein“ beantwortet habe, ist eine Nutzung des AKUFITs und die Durchführung eines Ausdauer-/Belastungstests nur eingeschränkt oder gar nicht möglich, da ein Gesundheitsrisiko vorliegen könnte.

In diesem Falle erkläre ich mich bereit, eine ärztliche Untersuchung vorzunehmen und die vom Arzt vorgegebenen Grenzwerte bei Belastung im Training, insbesondere an den Kardio-Geräten einzuhalten.

Ich bin für meine Gesundheit während des Trainings im AKUFIT selbst verantwortlich.

Siegen, den _____

(Unterschrift BenutzerIn)