



AIDA MEDICAL STATEMENT FOR YOUTH

WICHTIG – BITTE LESEN

Sportliche Aktivitäten im Wasser können unter Umständen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko mit sich bringen. Dieses Risiko kann durch bestimmte gesundheitliche Vorbedingungen signifikant erhöht sein. Der gleiche Gesundheitszustand muss nicht unbedingt ein Risiko für andere anstrengende Tätigkeiten oder Sportarten bedeuten. AIDA verwendet daher den folgenden Fragebogen, um Ihnen bestimmte gesundheitliche Vorbedingungen bewusst zu machen. Wird es versäumt, den Gesundheitszustand vor Ausübung einer Wassersportart anzugeben, könnte die Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes, sowie die Sicherheit des Ausbilders gefährdet sein.

Zweck dieses medizinischen Fragebogens ist es herauszufinden, ob das Kind von einem Arzt untersucht werden muss, bevor es an einem AIDA-Kurs oder Training für Kinder/Jugendliche teilnimmt. Eine positive Antwort auf eine Frage schließt das Kind nicht notwendigerweise von dem Kurs oder Training aus. Eine positive Antwort bedeutet lediglich, dass eventuell eine gesundheitliche Beeinträchtigung vorliegt, die die Sicherheit des Kindes bei der Teilnahme an einem AIDA-Kurs oder Training oder damit zusammenhängenden Aktivitäten beeinträchtigen könnte, und dass der Rat eines Arztes vor der Teilnahme an einem AIDA-Kurs oder Training für Kinder gesucht werden muss. Falls ein oder mehrere Kästchen mit "JA" angekreuzt sind, **muss** der Arzt durch seine Unterschrift am Ende des Formulars bestätigen, dass er keine Kontraindikationen für die Ausübung von Sport im Wasser sieht.

Bitte beantworten Sie folgende Fragen zum Gesundheitszustand Ihres Kindes in der Vergangenheit und Gegenwart, indem Sie **JA** oder **NEIN** ankreuzen.

NAME DES TEILNEHMERS _____

NAMEN DER ELTERN/ERZIEHUNGSBERECHTIGTEN _____

		JA	NEIN
1	Herz-Kreislauf-Erkrankungen: Anämie (Blutarmut), Kardiomyopathie (Herzmuskelschwäche), arterielle Hypertonie (Bluthochdruck), AV-Blockierungen, angeborene Herzerkrankungen, Rhythmusstörungen, Myokarditis (Herzmuskelentzündung), Perikarditis (Herzbeutelentzündung), mittel- oder schwergradige Mitral- oder Aorteninsuffizienz, mittel- oder schwergradige Mitral- oder Aortenstenose (Herzklappenfehler), sonstige Klappenerkrankungen, ventrikuläre Dysfunktion; schwere Vaskulitis (Gefäßentzündung) oder andere Gefäßerkrankungen. Falls ja, bitte spezifizieren		
2	Atemwegserkrankungen: schweres Asthma oder chronisch obstruktive Lungenerkrankung Falls ja, bitte spezifizieren		
3	Neurologische Erkrankungen: Unkontrolliertes Anfallsleiden, erhebliche geistige und/oder körperliche Entwicklungsverzögerung, die angeleitetes Sporttraining nicht erlaubt. Falls ja, bitte spezifizieren		
4	Hals-, Nasen-, Ohren-Erkrankungen: Entzündungen im Außen-, Innen- oder Mittelohr, Kehlkopfentzündung, neurosensorischer Hörverlust, Trommelfellperforation, Nasenschleimhautentzündung, Nasennebenhöhlenentzündung, Mandelentzündung. Falls ja, bitte spezifizieren		
5	Anatomische Anomalien: Falls ja, bitte spezifizieren		
6	Allergien, Immunerkrankungen: Vorgeschichte schwerer anaphylaktische Reaktion (allergischer Schock), juvenile rheumatoide Arthritis mit Halswirbelsäulenbeteiligung in der Vorgeschichte. Falls ja, bitte spezifizieren		
7	Augenkrankheiten: Kurzsichtigkeit, Weitsichtigkeit Falls ja, bitte spezifizieren		
8	Medikamente: Alle Medikamente, die regelmäßig eingenommen werden, unabhängig davon, ob rezeptfrei, frei verkäuflich oder von einem Arzt verschrieben Falls ja, bitte spezifizieren		
9	Allgemeine medizinische Probleme: Alle nicht erwähnten körperlichen und/oder emotionalen Zustände, die sich auf die Sicherheit des Kindes auswirken können in einer Unterwasserumgebung Falls ja, bitte spezifizieren		



Ich versichere, die oben genannten Fragen exakt und ehrlich beantwortet zu haben.
Falls ich es versäumt habe, irgendein aktuelles oder früheres gesundheitliches Problem anzugeben, trage ich die Verantwortung dafür.

Name des Teilnehmers:

Geburtsdatum:

Namen der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Unterschriften der Eltern / Erziehungsberechtigten:

Datum:

Durch den Arzt zu vervollständigen (falls eine "JA" Box angekreuzt wurde)

Es liegen keine Hinweise auf gesundheitliche Probleme vor, die eine Kontraindikation für Aktivitäten im Wasser darstellen

Ich kann diese Person nicht für die Aktivitäten im Wasser empfehlen

Name des Teilnehmers:

Name des Arztes:

Unterschrift des Arztes:

Datum:

Telefonnummer des Arztes:

Arztstempel oder Postadresse des Arztes:

Mit meiner obigen Unterschrift bestätige ich, dass ich die medizinische Erklärung des Antragstellers vollständig überprüft und keine Kontraindikationen für Aktivitäten im Wasser festgestellt habe.