

Checkliste für Outdoorprogramme



Die Übungen bei einem Outdoor-Programm haben zum Ziel kommunikative, soziale und individuelle Fähigkeiten zu schulen und zu erweitern. Dabei werden Übungen durchgeführt, die in der Regel außerhalb der Alltagserfahrung liegen. Mit neuen Situationen konfrontiert, erleben wir Grenzen aber auch neue Möglichkeiten. Dabei können wir auf bewährte Fähigkeiten zurückgreifen oder mit neuen Fähigkeiten experimentieren. Dies baut jedoch auf aktive Teilnahme auf. Zu einer aktiven Teilnahme gehört aber auch Selbstverantwortlichkeit und Offenheit.

Niemand wird während des Programms zu etwas gezwungen, die Teilnahme an den Übungen ist freiwillig. Lernen soll Spaß machen und die Motivation neue Erfahrungen sammeln zu wollen ist in der Regel ausreichend, um „Outdoor“ für sich selbst als persönliche Bereicherung zu empfinden.

Die Angaben auf der folgenden Liste dienen der Durchführung des Seminars/des Programms und Ihrer persönlichen Sicherheit und werden nur den zuständigen Trainern/Trainerinnen zugänglich gemacht. Sie dienen einer schnellen Reaktion bei gesundheitlichen Notfällen, bei Auswahl der Übungen und für spezielle Hinweise an die Teilnehmenden. Die Angaben werden vertraulich behandelt und nach Abschluss der Maßnahme vernichtet.

Name: _____

Adresse: _____

Tel. (priv.): _____ Tel. (dienstl.): _____

Geburtsdatum: _____ Mann/Junge Frau/Mädchen Gewicht: _____ Größe: _____

Krankenversicherung: _____

Wer soll im Notfall benachrichtigt werden? _____

Medizinische Angaben:

Haben Sie Herz- und Kreislauferkrankungen? Ja Nein

(Bluthochdruck, Herzinfarkt, Herzschrittmacher, Durchblutungsstörungen, ...)

Haben Sie Verletzungen des Bewegungsapparates? Ja Nein

(Zerrungen, Sehnscheidenentzündungen, Bänderrisse, ...)

Leiden Sie an Störungen des Wahrnehmungsapparates? Ja Nein

(Sehbehinderungen, Schwerhörigkeit, ...)

Haben Sie Brüche, Knochenverletzungen, Wirbelsäulen-
Beschwerden, Rheuma? Ja Nein

Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten? Ja Nein

Haben Sie chronische Erkrankungen? Ja Nein
(Diabetes, Asthma, Epilepsie, ...)

Haben Sie psychische Erkrankungen? Ja Nein
(Neurosen, Hysterie, Depression, ...)

Haben Sie in den letzten 6 Monaten Infektionskrankheiten,
Unfälle oder Operationen gehabt? Ja Nein

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? Ja Nein

Sind Sie schwanger? Ja Nein

Gebrauchen Sie Drogen? Ja Nein

Sofern eine Antwort mit „Ja“ angekreuzt wurde, bitten wir Sie die Krankheit, Allergie, etc. an dieser Stelle genauer zu benennen.

Ich erkläre hiermit, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen.

Ich erteile hiermit die Genehmigung, dass alle bei dem Seminar gemachten Fotos für Darstellungen, Präsentationen, Veröffentlichungen genutzt werden können. (Wenn nicht zutreffend bitte streichen)

Datum, Unterschrift: _____

(bei Minderjährigen bitten wir um die Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten)