

## Medizinisches Fitnessformular für Tandem- Fallschirmspringen im Skydive Spa

Adresse: Rue de la Sauvenière 122 4900 SPA

Telefoon: 087 26 99 06

Datum:

### Kunde

1. **Name:** \_\_\_\_\_
2. **Vorname:** \_\_\_\_\_
3. **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_
4. **Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

### Medizinische Beurteilung

Ich, der Unterzeichnete, Herr Dr. \_\_\_\_\_, Arzt, erkläre hiermit, dass ich den oben genannten Patienten untersucht und seine Krankengeschichte berücksichtigt habe.

1. **Medizinische Vorgeschichte:**
  1. Herzprobleme: Ja / Nein
  2. Atemprobleme: Ja / Nein
  3. Neurologische Probleme: ja / nein
  4. Epilepsieprobleme: Ja / Nein
  5. Probleme mit Schulterluxationen: Ja/Nein
  6. Sonstiges (bitte angeben): \_\_\_\_\_
2. **Aktuelle Medikamente:**
  1. \_\_\_\_\_
3. **Physisch:**
  1. Gewicht: \_\_\_\_\_ kg
  2. Größe: \_\_\_\_\_ cm
  3. Blutdruck: \_\_\_\_\_ mmHg
  4. Herzfrequenz: \_\_\_\_\_ bpm
4. **Möglichkeit zur Teilnahme an einem Fallschirmsprung:**
  1. Der Patient ist in der Lage, einen Tandem-Fallschirmsprung durchzuführen: Ja / Nein
  2. Zusätzliche Anmerkungen:  
\_\_\_\_\_

### Unterschrift des Arztes

1. **Name des Arztes:** \_\_\_\_\_
2. **Spezialität:** \_\_\_\_\_
3. **Datum:** \_\_\_\_\_
4. **Unterschrift :** \_\_\_\_\_

### Kommentare

1. Dieses Formular muss von einem zugelassenen Arzt ausgefüllt werden.
2. Das Fallschirmsprungzentrum behält sich das Recht vor, Personen, die nicht über eine ausreichende medizinische Fitness verfügen, den Zutritt zu verweigern.