

Liebe Interessentin, lieber Interessent,

im Folgenden können Sie sich zum Hochdruck Programm Deutschland 2015 anmelden. Bitte füllen Sie die folgenden Kästchen vollständig und gewissenhaft aus.

Basisdaten

Name: _____ Vorname: _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl: _____ Ort: _____

Handy: _____ Telefon: _____

E-Mail Adresse: _____

Geschlecht: m w

Geburtsdatum: _____ Körpergröße: _____

Gewicht: _____

Bauchumfang (gemessen an der breitesten Stelle am Bauch): _____

Konfektionsgröße: S M L XL XXL XXXL

Sportliche Voraussetzung

Lauferfahrung: gar keine wenig vorhanden
 langjährig Marathonläufer (Anzahl
bisheriger Marathons: _____)

Laufhäufigkeit: nie einmal im Monat
 einmal in der Woche mehrmals in der Woche

Subjektives Fitnessgefühl: sehr schlecht eher schlecht
 mittel eher gut sehr gut

Gesundheitliche Versorgung

Name des Hausarztes: _____ Ort: _____

Name des Kardiologen: _____ Ort: _____

Name des Hypertensiologen: _____ Ort: _____

Krankenkasse: _____

Krankheitsgeschichte

Jahr der Diagnose: _____

Aktueller Praxisblutdruck: _____ / _____ mmHg

Empfohlener Belastungspuls: _____ Schläge pro Minute

Empfohlene Trainingsbelastung: _____ Watt

Aktuelle Therapie:

Nur Diät seit: _____

Tabletten 1 seit: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Tabletten 2 seit: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Tabletten 3 seit: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Tabletten 4 seit: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Sonstige Therapieform _____ seit: _____

Begleiterkrankungen:

1) Bezeichnung: _____ Jahr der Diagnose: _____

Medikation

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

2) Bezeichnung: _____ Jahr der Diagnose: _____

Medikation

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

3) Bezeichnung: _____ Jahr der Diagnose: _____

Medikation

Name: _____ Dosierung: _____

Name: _____ Dosierung: _____

Trainingsgruppe - Teilnehmer Paket

Folgendes Leistungspaket möchte ich für die Dauer von 6 Monaten im Rahmen des Hochdruck Programm Deutschland in Anspruch nehmen:

Walking

„(Nordic) Walking“ (keine sportliche Vorerfahrung nötig)

Jogging

„Newcomer“ (keine sportliche Vorerfahrung nötig; Ziel: 5km)

„Runner 1“ (etwas Sporterfahrung vorhanden; Ziel: 10km)

„Runner 2“ (mehrjährige Sporterfahrung vorhanden; Ziel: 21km)

An folgendem Standort würde ich gerne trainieren: **Göttingen**

(Nordic) Walking Gruppe (keine Vorerfahrung notwendig)

Newcomer (keine Vorerfahrung notwendig) und Runner 1 (etwas Vorerfahrung notwendig)

Der Veranstalter behält sich zeitliche und räumliche Änderungen, sowie eine kurzfristige Absage aus organisatorischen Gründen der Trainingsgruppen vor.

Einverständniserklärungen

Bei Anfragen von Presse-Redaktionen nach Teilnehmer-Portraits oder Interviews darf mich das HPD-Team gerne kontaktieren: Ja Nein

Ich bin an der Teilnahme bei wissenschaftlichen Studien interessiert. Hierfür darf man mich gerne kontaktieren: Ja Nein

- Hiermit stimme ich zu, dass meine Daten anonymisiert zu Auswertungen des Hochdruck Programm Deutschland verwendet werden dürfen. Des Weiteren erkläre ich mich damit einverstanden, dass ich auf Bild- und Tonmaterial im Rahmen des Hochdruck Programm Deutschland abgebildet werden darf. Der Fokus liegt hierbei auf Gruppendarstellungen. Bezüglich der Darstellung eines einzelnen Teilnehmers bedarf es des vorherigen Einverständnisses des Dargestellten. Die Nutzung von Bild- und Tonmaterial ist dem Veranstalter räumlich und zeitlich unbegrenzt und auch zur kommerziellen Verwertung gestattet. Dieses Verwertungsrecht gilt allerdings nicht für Sponsoren des Hochdruck Programm Deutschland oder weitere Dritte.

(Pflichtkästchen!)

- Hiermit nehme ich zur Kenntnis, dass Hinweise der betreuenden Ärzte/ des betreuenden Fachpersonals der Laufgruppen im Rahmen des Hochdruck Programm Deutschland lediglich beratender Art sind und die eigentliche Therapieanpassung nur durch meinen eigenen Hypertensiologen/ Kardiologen/ Hausarzt erfolgen wird. Meine Gesundheitsdaten können zum Zwecke dieser Beratung vertraulich an den betreuenden Hypertensiologen/ Facharzt meiner Laufgruppe weitergeleitet werden.

(Pflichtkästchen!)

Haftungsausschluss

Ich erkenne mit Absenden der Anmeldung den Haftungsausschluss des Veranstalters für Schäden jeglicher Art an.

Ich erkläre hiermit verbindlich, dass ich gegen den Veranstalter keine Ansprüche wegen Schäden und Verletzungen jeder Art geltend machen werde, die mir durch die Teilnahme an der Veranstaltung entstanden sind.

Der Veranstalter übernimmt keine Haftung für gesundheitliche Risiken des Teilnehmers im Zusammenhang mit der Teilnahme am Diabetes Programm Deutschland.

- Eine versicherungsrechtliche Absicherung erfolgt über den Sportverein. Hiermit nehme ich jedoch zur Kenntnis, dass der Veranstalter den Abschluss einer eigenen privaten Haft- und/oder Unfallversicherung empfiehlt.

(Pflichtkästchen!)

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- Fernsehen Zeitung/Zeitschrift Internet Freunde/Bekannte
- Sonstiges: _____

Ort, Datum

Unterschrift

Anbei finden Sie das Formular für den Sporttauglichkeitsnachweis. Dieses ist von Ihrem Hypertensiologen oder Sportmediziner als Nachweis über Ihre Sporttauglichkeit zu unterschreiben und muss bis zu Ihrer persönlich ersten Trainingseinheit vorliegen.

Sie werden demnächst von Ihrem zuständigen Verein hören und über Ihren Trainingsstart informiert.