



Persönlicher Fragebogen

SWISS ICE CHALLENGE am 02. März 2019 in LAAX

Einleitung

Die erste SWISS ICE CHALLENGE findet schon bald statt und Du bist dabei!
Herzlichen Glückwunsch!

Wir freuen uns bereits riesig, mit Dir am 02. März in LAAX an den Start gehen zu dürfen. Gemeinsam mit den anderen 99 Teilnehmern wirst Du der Welt zeigen, wie einfach es sein kann, sich und anderen etwas Gutes zu tun. Die Zeit der körperlichen und mentalen Schwäche ist vorbei – Wir werden wieder zum Kapitän unseres eigenen Lebens!

Diesen kurzen Fragebogen schickst Du uns bitte am besten per Mail zurück an:
info@swissicechallenge.org.

Einfach ausdrucken, ausfüllen und einscannen oder abfotografieren 😊. Deine Informationen werden absolut vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben.

Bitte verpass die Frist bis zum 12. Januar 2019 nicht. Eine sorgfältige Organisation ist für Deine Gesundheit und das Gelingen der ersten SIC 2019 unerlässlich. Vielen Dank für deine Unterstützung!

Persönlicher Fragebogen für Teilnehmer

Name: **M / F**

Geburtsdatum:

Adresse:
.....

T-Shirt Grösse: **Dauer deiner SIC: 90 / 60 / 30 Minuten**

(Mobile)phone

E-mail:



Fragen zu Deiner allgemeinen Gesundheit

	Ja	Nein
1. Bist Du derzeit gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Leidest Du oder hast du unter einer der folgenden Krankheiten gelitten?		
• Herzkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schwerer Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Nierenversagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Schweres Asthma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Kürzlich durchgeführte Operationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Migräne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autoimmunkrankheiten (wie Rheuma, MS, Crohn, Diabetes,...) Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
• Andere erwähnenswerte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
3. Verwendest du derzeit		
• Medikamente für das Herz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Andere verschreibungspflichtige Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
.....		
4. Hast Du Allergien? (Lebensmittel / Umwelt / etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
5. Bist Du Schwanger?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Gibt es sonst etwas, das wir wissen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....		
7. Ich erkläre hiermit alle Fragen wahrheitsgemäss beantwortet zu haben und etwaige Änderungen bis zu meiner Teilnahme den Organisatoren der SIC zu melden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort & Datum:

Unterschrift: