



## Gesundheitsformular - Circus Gaudimus

Die nachfolgenden Daten werden von unseren Trainer/innen vertraulich behandelt und dienen lediglich der Absicherung der Gesundheit und Sicherheit Ihres Kindes während des Trainings. Außerdem erlauben Sie unseren Trainern/innen im äußerst seltenen Falle eines akuten Notfalls dem medizinischen Personal wichtige gesundheitliche Informationen weiterzuleiten und damit die bestmögliche Behandlung Ihres Kindes zu gewährleisten. **Alle Angaben sind freiwillig auszufüllen.**

Mein Kind _____ weist gesundheitliche Einschränkungen auf:					
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>				
<b>Wenn ja, welche:</b>					
Bewegungsapparat (Gelenke, Knochen, ect.)	<input type="checkbox"/>				
Kardiovaskuläre (Herz-Kreislauf) Einschränkungen	<input type="checkbox"/>				
Pulmonale (Atmungsorgane) Einschränkungen (z.B. Asthma)	<input type="checkbox"/>				
Neuronale (nervliche) Einschränkungen	<input type="checkbox"/>				
Psychische, mentale Einschränkungen	<input type="checkbox"/>				
Andere	<input type="checkbox"/>				
<b>Mein Kind nimmt regelmäßig Medikamente, welche das Verhalten beeinflussen können</b>					
Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, welche:					
Wenn ja, worauf sollen die Trainer/innen achten:					
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					
<b>Sonstige Anmerkungen:</b>					
<i>Z.B. Mein Kind besitzt seit Geburt zwei unterschiedlich große Pupillen. Diese sorgen für keine gesundheitlichen Einschränkungen, können aber im Notfall vom Arzt als Hirnblutung fehlgedeutet werden.</i>					

Oder existieren z.B. besondere familiäre Umstände, weshalb die Trainer/innen auf emotionale Unterstützung achten sollen.

---

---

### **Datenverarbeitung und Weitergabe**

Ich bin mit der Speicherung und Verarbeitung der personenbezogenen Daten, auf der Grundlage des BDSG, zum Zweck der Mitgliedschaft und damit verbundene Rechte und Pflichten einverstanden.

**Sie haben das Recht**, sofern Ihr Wunsch nicht mit einer gesetzlichen Pflicht zur Aufbewahrung von Daten (z.B. Vorratsdatenspeicherung) kollidiert, dass personenbezogene Daten gelöscht werden oder ggf. eine Einschränkung der Datenverarbeitung erfolgt.

**Sie haben das Recht**, auf Antrag eine kostenlose Auskunft darüber zu erhalten, welche personenbezogenen Daten über Sie gespeichert wurden. Sie haben das Recht auf Berichtigung falscher Daten. Sie können eine Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einreichen, wenn Sie annehmen, dass Ihre Daten unrechtmäßig verarbeitet wurden.

Name d. Mitglieds: Datum/Unterschrift: \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte(r) 1 Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_

Sorgeberechtigte(r) 2 Datum/Unterschrift \_\_\_\_\_