

RFT-Basis      **Screening**      Veranstaltung: \_\_\_\_\_  
Ort, Datum: \_\_\_\_\_

1. Sie werden auf eigene Gefahr am Fitness-Check für Reiter teilnehmen,  
und schließen das Team von jeder Haftung aus?      Ja  Nein

2. Sind Sie zur Zeit krank oder verletzt?      Ja  Nein

3. Leiden Sie derzeit unter Beschwerden (Besonderheiten) :  
- im Bereich von Herz - Kreislauf oder der Atmung      Ja  Nein   
- an den Gelenken      Ja  Nein   
- an der Wirbelsäule      Ja  Nein

4. Sehen Sie darin ein Risiko für die Teilnahme am Test ?      Ja  Nein

5. Sind Sie derzeit in ärztlicher Behandlung ?      Ja  Nein

6. Nehmen Sie derzeit Medikamente ein ?      Ja  Nein

7. Trauen Sie sich den Test zu ?      Ja  Nein

Wenn 1 & 7 mit Ja beantwortet sind:      weiter mit  
(sonst: "Schade, diesmal klappt es nicht!")

**Einverständniserklärung:**

Ich erteile mein Einverständnis zur Speicherung der erhobenen Daten und zur Nutzung für wissenschaftliche Zwecke. Dabei sind meine Daten jedoch so zu verändern, daß kein Bezug zwischen ihnen und meiner Person hergestellt werden kann. Meine personbezogenen Daten sind für alle Benutzerkreise zu sperren, außer für die wissenschaftlichen Mitarbeiter der Untersuchung. Die Weitergabe meiner personbezogenen Daten durch diesen Benutzerkreis bedarf meiner schriftlichen Genehmigung.

Datum: \_\_\_\_\_  
(Name in Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_      männl.

Alter in Jahren: \_\_\_\_\_      weibl.

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

aktiver Reitsport?      nein

ja  was: \_\_\_\_\_

seit: 19..... wie viel Jahre ununterbrochen?

Beruf: \_\_\_\_\_

Tätigkeit: sitzend  stehend   
wenig  viel  Bewegung

tägl. Körperliche Belastung  
gering  ausreichend  mittel  hoch