

Haftungsausschlusserklärung

Hiermit erkläre ich (Vorname, Name)....., dass ich freiwillig an einer leistungsdiagnostischen Untersuchung am Fahrradergometer oder am Laufband bzw. Laufbahn teilnehme. Ich bin davon in Kenntnis gesetzt worden, dass die Messung von ausgebildeten Sportwissenschaftlern und nicht von einem Arzt durchgeführt wird. Weiters wurde mir empfohlen, mich vor dem Test von einem Arzt auf „Sporttauglichkeit“ untersuchen zu lassen! Ich erkläre mich einverstanden, dass im Rahmen der Untersuchung zur Bestimmung von Laktat, Blut aus meinem Ohr (20µl/Abnahme) abgenommen wird. Dazu erfolgt vor der Abnahme ein Stich ins Ohr. Die Aufzeichnung der Herzfrequenz erfolgt mittels Pulsuhr, mit welcher lediglich die aktuelle Herzfrequenz, und keine Herzerkrankung, festgestellt werden kann. Die vollständige Ausbelastung unterliegt meiner freien Entscheidung und wird nicht vom Untersuchungsleiter vorgegeben. Die Untersuchung kann von mir jederzeit abgebrochen werden. Ich bin über theoretisch denkbare negative Folgen (Schwindel, Sturz, Kollaps, Herz-Kreislauf-Stillstand,...) informiert worden. Für die Untersuchung bzw. Testauswertung ist eine Ausbelastung nicht notwendig.

Ausserdem bestätige ich, dass ich vom Testleiter vor dem Test nach evtl. Herz-Kreislauf Erkrankungen, akuten Infekten, regelmäßige Tabletteneinnahme etc, gefragt worden bin, und dieses mit „Nein“ beantwortet habe. Der Test wurde mir ausführlich erklärt und erfolgt auf eigene Verantwortung! Für eventuelle Schäden an meiner Person, Gesundheit, Eigentum oder anderen Dingen werde ich zu keiner Zeit Anspruch erheben.

Fragen zu meiner Gesundheit:

Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?	☐ ja	☐ nein
Hat Ihnen jemals ein Arzt „Herzprobleme“ bestätigt	☐ ja	☐ nein
Haben Sie bei körperlicher Belastung Schwindelgefühle	☐ ja	☐ nein
Hatten Sie im letzten Monat eine Krankheit, Infekt o. Ähnliches?	☐ ja	☐ nein
Haben Sie Knochen- oder Gelenksprobleme?	☐ ja	☐ nein
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	☐ ja	☐ nein
Nahmen Sie jemals Bluthochdruck od. Herzmedikamente?	☐ ja	☐ nein
Ist Ihnen ein weiterer Grund bekannt, keinen Sport zu betreiben?	☐ ja	☐ nein
Wurde Ihnen jemals aus ärztlicher Sicht vom Sport abgeraten?	☐ ja	☐ nein

Ort, Datum

Unterschrift