

## Anmeldebogen

OVERSCHMIDT  
Annette-Allee 1  
48149 Münster  
Tel.: 0251 849-3000  
Fax: 0251 849 -3320  
www.overschmidt.de  
info@overschmidt.de

\_\_\_\_\_  
Name des Teilnehmers / der Teilnehmerin

\_\_\_\_\_  
Straße und Hausnr., Postleitzahl, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Telefon

\_\_\_\_\_  
E-Mail Adresse

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

weiblich

männlich

**Christina Groll**  
**Alfred-Delp-Straße 22**  
**49080 Osnabrück**  
**Tel.: 0541 970 98 37**  
**Fax: 0541-970 98 36**  
**www.physiosail.de**  
**info@physiosail.de**

### **Bitte ankreuzen**

#### Erwachsene

- Integrativer Grundkurs (s. Kompaktkurs)
- Kompaktkurs Barnegat (295,- €)
- Kompaktkurs Polyvalk (365,- €)
- Kompaktkurs Access Dinghi (445,- €)
- Gesundheitssport (345,- €)
- Privatstunde (129,- €) Anzahl: \_\_\_\_\_

Datum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Kinder

- Integrativer Ferienkurs (165,-/220,- €)
- Ferienkurs Polyvalk (345,- €)
- Ferienkurs Access Dinghi (325,-/395,- €)

Datum:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Segeltraining (295,- €)
- Privatstunde (99,- €/175,-€) Anzahl: \_\_\_\_\_

- Schnuppersegeln (30,- €) (nur einmalig!!!)

- Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten sowohl von Overschmidt als auch von Christina Groll zu Informationszwecken gespeichert und verwendet werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.
- Ich bin mit der Veröffentlichung von Bildern und Videosequenzen, die im Rahmen des physiosail Kurses entstehen, einverstanden.
- Ich bin mit der Veröffentlichung einzelner Aussagen zu physiosail und der Nennung meines Namens einverstanden.

Ich erkenne die Teilnahmebedingungen an und melde mich bzw. mein Kind verbindlich zu dem oben angegeben physiosail Kurs an.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

(Bei Minderjährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten.)

## **Liebe physiosail Teilnehmenden,**

die Auswahl des richtigen Bootes und somit des optimalen physiosail Kurses hängt von ihren körperlichen Fähigkeiten ab. Beispielsweise sollten Sie frei sitzen können, um in einem Barnegat segeln zu können, da Sie sich an Bord dieses Bootes nur bedingt anlehnen und festhalten können.

Zudem sollten die physiosailtherapeutinnen ihre individuellen gesundheitlichen Bedürfnisse kennen, um richtig reagieren zu können. Damit wir Ihnen bei der Auswahl des Bootes helfen und somit Ihre Sicherheit gewährleisten können, benötigen wir einige Angaben zu ihren körperlichen Fähigkeiten.

Daher bitten wir Sie die folgenden Angaben zu machen. Ihre Gesundheitsangaben liegen ausschließlich der physiosailtherapeutin vor und werden nicht an Overschmidt weitergegeben. Selbstverständlich werden Ihre Daten vertraulich behandelt und weder mündlich noch schriftlich an Dritte weitergegeben. Die physiosailtherapeutinnen unterliegen zudem der gesetzlichen Schweigepflicht für Therapeuten.

**Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen bzw. kreuzen die Aussagen an, die auf Sie zutreffen.**

Welche Art von Behinderung haben Sie?

---

### Sitz

- Ich kann auf einem Hocker sitzen ohne mich festzuhalten oder anzulehnen.
- Ich benötige beim Sitzen eine Rückenlehne, aber keine seitliche Stütze.
- Ich benötige beim Sitzen eine geneigte Rückenlehne und/oder Abstützungen zur Seite.

### Handfunktion

- Ich kann mindestens eine Hand mit voller Kraft und ohne Bewegungseinschränkungen einsetzen.
- Ich kann beide Hände mit leicht reduzierter Kraft oder geringen Bewegungseinschränkungen nutzen.
- Ich kann beide Hände mit deutlich reduzierter Kraft oder starken Bewegungseinschränkungen einsetzen.

### Mobilität

- Ich kann (mit Hilfsmitteln) selbstständig gehen.
- Ich kann den Transfer Rollstuhl-Boden mit Hilfe bewältigen.
- Ich kann den Transfer Rollstuhl-Bett ausschließlich mit Hilfe eines Liftas bewältigen.

## Erkrankungen

Leiden Sie unter einer Anfallerkrankung? (z.B. Epilepsie, Asthma)

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Haben Sie eine Insektenstichallergie?

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Benötigen Sie ggf. Notfallmedikamente? (z.B. Nitro-Spray, Sultanol)

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Leiden Sie unter einer chronischen Erkrankung? (z.B. Osteoporose, Diabetes mellitus, Hämophilie)

ja  nein

Wenn ja, welche?

---

Ergänzungen, sonstige gesundheitliche Beschwerden

---

---

---

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben. Ich habe keinerlei gesundheitliche Aspekte oder Einschränkungen verschwiegen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift  
(Bei Minderjährigen Unterschrift des  
Erziehungsberichtigten.)