

Haftungsausschlussvereinbarung

Im Rahmen der Beratungen und Kursangebote werden Ihnen Empfehlungen zur Ernährung, Bewegung und Streßbewältigung/Entspannung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue "Dosierung", entsprechend Ihres Zustandes, notwendig. Deshalb geben wir zu bedenken, dass bei bestimmten Indikationen grundsätzlich das Einverständnis oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig ist.

Zu diesen Indikationen gehören unter anderem:

- Zustand nach einem abgelaufenen Herzinfarkt oder Schlaganfall
- Verengung der Herzkranzgefäße (sog. koronare Herzkrankheit)
- bestimmte Formen von Herzrhythmusstörungen
- Blutdruck systolisch über 140 mmHg und/oder diastolisch über 90 mmHg
- Diabetes mellitus Typ 1 und 2
- Zustand bei akutem oder postoperativem Bandscheibenvorfall

Diese Aufzählung erhebt keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit.

Alle Kurse in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in o. g. Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z. B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit Ihrem Haus- oder Werksarzt.

Jegliche Teilnahme an den Gesundheitsangeboten erfolgt auf **eigene Verantwortung**. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes.

Vorname, Name (in Druckbuchstaben)

Datum, Unterschrift



Bitte hier abtrennen.

Frau Herr

Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Telefonnummer

Krankenkasse

Schule/(Fach-)Hochschule

Schul-/Studienende

Alle Angaben sind freiwillig

Datenschutzhinweis und Einwilligung: Ich bin damit einverstanden, dass die AOK Bayern meine Daten bis auf Widerruf verarbeitet und nutzt. Sie dienen Informations- und Beratungszwecken über Produkte, Vorteile und Neuigkeiten der AOK, auch im Rahmen von Kundenbefragungen. Diese Einwilligung ist freiwillig und umfasst den schriftlichen und telefonischen Kontakt. Es entstehen mir keinerlei Nachteile, wenn ich diese Einwilligung nicht erteile oder später widerrufe. Die Daten werden keinesfalls an Dritte weitergegeben.

Datum, Unterschrift (bei unter 15-Jährigen Unterschrift des Erziehungsberechtigten)