

Fragebogen: Kampfsport

A

Zu versichernde Person

Geb-Datum

Berufliche Tätigkeit

B

1. Welche Kampfsportart(en) betreiben Sie?

als (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Freizeitsportler/Selbstverteidigung | <input type="checkbox"/> Amateur |
| <input type="checkbox"/> Nebenberuflicher Trainer / Ausbilder | <input type="checkbox"/> Berufssportler / Profi |
| <input type="checkbox"/> Hauptberuflicher Trainer / Ausbilder | |

2. Seit wann betreiben Sie diesen Kampfsport?

3. Wie häufig üben Sie den Kampfsport aus?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 - 3 mal die Woche | <input type="checkbox"/> Seltener als 1 mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> 4 mal pro Woche oder häufiger | |

4. Ausübungsform (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Übungen werden ohne jeglichen Körperkontakt durchgeführt
- Genau vorgegebener Übungsablauf (kein Wettkampf)
- Die Übungen werden mit einem Partner in freier Form eingeübt, jedoch nicht wettkämpfmäßig

Es werden Wettkämpfe ausgetragen, und zwar:

- Semi- / Leichtkontakt
- Vollkontakt
- Katas/Formenwettkämpfe
- Sonstiges: _____

5. Schutzmaßnahmen

Keine

Sonstige: _____

6. Haben Sie bisher Verletzungen / Überlastungsschäden bei der Ausübung der Kampfsportart erlitten?

Ja Nein

Wenn ja, genaue Beschreibung der Verletzung und evtl. Folgen:

Ort, Datum

Unterschrift der zu versichernden Person