Ärztliche Bestätigung der gesundheitlichen Eignung

für die Teilnahme an einer Dschungel-Expedition

Teilnehmer/in:

_____

Geburtsdatum: _____

Hiermit bestätige ich als behandelnde/r Arzt/Ärztin, dass bei der oben genannten Person aus ärztlicher Sicht derzeit keine gesundheitlichen Bedenken gegen die Teilnahme an einer mehrtägigen Dschungel-Expedition bestehen.

Die Expedition beinhaltet insbesondere:

- hohe Luftfeuchtigkeit und hohe Temperaturen
- körperliche Belastung über mehrere Tage
- längere Fußmärsche in unwegsamem Gelände
- eingeschränkte medizinische Versorgung vor Ort
- Übernachtungen unter einfachen Bedingungen in der Natur

Zudem bestehen nach meiner Einschätzung keine erheblichen klaustrophobischen Beschwerden oder vergleichbaren psychischen Einschränkungen, die einer Teilnahme entgegenstehen.

Relevante gesundheitliche Hinweise (optional)

Bekannte Allergien:

Regelmäßige Medikation:

Sonstige relevante Hinweise:

Impfstatus (optional)

Die ärztliche Praxis bestätigt, dass über empfohlene Reise- und Tropenimpfungen informiert wurde.

☐ Ja
☐ Nein
☐ Die Aufklärung fand durch eine andere Praxis statt

LEBE DIE WILDNIS
Survival |Trekking |Expeditionen

Lesmannsried 1
94256 Drachselsried

Mobil: +49 151 74293327
E-Mail: info@lebe-die-wildnis.de
www.lebe-die-wildnis.de

Hinweis

Diese Bescheinigung bestätigt ausschließlich, dass aus ärztlicher Sicht zum Zeitpunkt der Untersuchung keine gesundheitlichen Bedenken gegen die Teilnahme an der Expedition bestehen. Eine Garantie für die dauerhafte gesundheitliche Eignung oder eine Haftungsübernahme für mögliche gesundheitliche Risiken, Beschwerden oder Zwischenfälle während der Expedition ist hiermit nicht verbunden.

Ort, Datum: _____

Stempel / Unterschrift Arzt/Ärztin: _____

LEBE DIE WILDNIS
Survival |Trekking |Expeditionen

Lesmannsried 1
94256 Drachselsried

Mobil: +49 151 74293327
E-Mail: info@lebe-die-wildnis.de
www.lebe-die-wildnis.de