

Φόρμα Απαλλαγής Ευθύνης Fitness & PAR-Q

Ερωτηματολόγιο Ετοιμότητας για Φυσική Δραστηριότητα και Φόρμα Απαλλαγής Ευθύνης για Υπηρεσίες Γυμναστηρίου και Fitness

Πληροφορίες Πελάτη

Όνομα *

Επώνυμο *

Διεύθυνση Email *

Αριθμός Τηλεφώνου *

Ημερομηνία Γέννησης *

HH / MM / EEEE

Ελεγχος Υγείας PAR-Q

Ερωτηματολόγιο Ετοιμότητας για Φυσική Δραστηριότητα — Παρακαλούμε απαντήστε ειλικρινά. Εάν απαντήσετε ΝΑΙ σε οποιαδήποτε ερώτηση, συμβουλευθείτε τον ιατρό σας πριν ξεκινήσετε ένα πρόγραμμα άσκησης.

Σας έχει πει ποτέ γιατρός ότι έχετε καρδιακή πάθηση και σας συνέστησε μόνο ιατρικά επιτηρούμενη δραστηριότητα; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Αισθάνεστε πόνο στο στήθος κατά τη διάρκεια φυσικής δραστηριότητας; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε αισθανθεί ζάλη ή απώλεια συνείδησης τα τελευταία 12 μήνια; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Έχετε πρόβλημα με τα κόκκαλα ή τις αρθρώσεις που θα μπορούσε να επιδεινωθεί με τη φυσική δραστηριότητα; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Λαμβάνετε τώρα φάρμακα για υψηλή αρτηριακή πίεση ή καρδιακή πάθηση; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Υπάρχει κάποιος άλλος λόγος για τον οποίο δεν θα έπρεπε να ασχοληθείτε με φυσική δραστηριότητα; *

☐ Ναι ☐ Όχι

Αν ναι, παρακαλώ εξηγήστε

Επαφή Έκτακτης Ανάγκης

Όνομα Επαφής Έκτακτης Ανάγκης *

Τηλέφωνο Επαφής Έκτακτης Ανάγκης *

Σχέση

Φόρμα Απαλλαγής Ευθύνης

Αναγνώριση Κινδύνου και Απαλλαγή Ευθύνης:

1. Κατανοώ ότι η φυσική άσκηση συνεπάγεται ενδογενείς κινδύνους, περιλαμβανομένων αλλά όχι περιοριστικά: μυϊκές τραυματικές βλάβες, διαστρέμματα, κατάγματα, καρδιακά συμβάντα και άλλα τραύματα.
2. Αναλαμβάνω εθελοντικά όλους τους κινδύνους που σχετίζονται με τη συμμετοχή μου σε δραστηριότητες άσκησης.
3. Βεβαιώνω ότι είμαι φυσικά υγιής και δεν έχω κανένα ιατρικό κατάσταση που θα εμπόδιζε τη συμμετοχή μου, ή έχω λάβει έγκριση γιατρού.
4. Συμφωνώ να ακολουθώ όλες τις οδηγίες ασφαλείας και τις συνιστάμενες πρακτικές που παρέχει το προσωπικό.
5. Θα ενημερώσω αμέσως το προσωπικό για οποιονδήποτε πόνο, δυσφορία ή ασυνήθιστα συμπτώματα κατά τη διάρκεια της άσκησης.
6. Αποδεσμεύω και προστατεύω το κέντρο, τους ιδιοκτήτες του, τους υπαλλήλους και τους εκπαιδευτές από κάθε αξίωση, ζημιά ή ευθύνη που προκύπτει από τη συμμετοχή μου.
7. Κατανοώ ότι αυτή η απαλλαγή ισχύει για όλες τις επισκέψεις και δραστηριότητες σε αυτό το κέντρο.

Αναλαμβάνω εθελοντικά όλους τους κινδύνους της φυσικής άσκησης και αποδεσμεύω το κέντρο από ευθύνη.

Έχω διαβάσει και συμφωνώ με τη φόρμα απαλλαγής ευθύνης: _____

Συναίνεση και Υπογραφή

Βεβαιώνω ότι οι παρεχόμενες πληροφορίες υγείας είναι ακριβείς. Έχω διαβάσει και κατανοώ τα έγγραφα PAR-Q και απαλλαγής ευθύνης. Συναίνω εθελοντικά να συμμετάσχω σε δραστηριότητες φυσικής φिटνές και αναλαμβάνω όλους τους σχετικούς κινδύνους.

Επιβεβαιώνω ότι έχω διαβάσει και κατανοώ τις πληροφορίες παραπάνω και δίνω τη δική μου ενημερωμένη συναίνεση.

Έχω διαβάσει και κατανοώ τις πληροφορίες παραπάνω: _____

Υπογραφή

Ημερομηνία

Όνομα (κεφαλαία)

Ημερομηνία *

HH / MM / EEEE

Αυτό το έντυπο παρασχέθηκε δωρεάν από το Consentify

Το Consentify μετατρέπει έντυπα όπως αυτό σε ψηφιακή συγκατάθεση που υπογράφουν οι πελάτες σας στο δικό τους τηλέφωνο μέσω κωδικού QR — με αυτόματα PDF, σημαίες αντενδείξεων και κρυπτογραφημένη αποθήκευση. Δωρεάν σχέδιο διαθέσιμο στο <https://getconsentify.com>.

Μόνο πρότυπο. Ελέγξτε με τον δικό σας αδειούχο επαγγελματία ή νομικό σύμβουλο πριν τη χρήση. Οι απαιτήσεις ποικίλλουν ανάλογα με τη δικαιοδοσία και την πρακτική.