

# VORGESETZTE(R)/ANGESTELLTE(R)

## TEILNAHME FORMULAR

**\*Machen Sie eine Kopie für sich und Ihren Vorgesetzten. Die Teilnahme beginnt erst wenn Sie die Civilian Fitness Enrollment Approval Form erhalten und an Ihren Vorgesetzten weitergeben haben.**

Name des Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin: \_\_\_\_\_  
Name des/der Vorgesetzten: \_\_\_\_\_  
Einheit: \_\_\_\_\_  
Telefon (Arbeit): \_\_\_\_\_ FAX Nummer: \_\_\_\_\_  
e-mail des/der Vorgesetzten: \_\_\_\_\_  
e-mail Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin: \_\_\_\_\_  
(benötigt, damit wir Ihnen die wöchentlichen Fitnessstipps emailen können).

## VEREINBARUNG

1. Hiermit stimmen wir überein, dass (Name des Arbeitnehmers) \_\_\_\_\_ am Kommando gesponserten "Civilian Fitness Program" teilnehmen wird, welches am \_\_\_\_\_ beginnt, und sich bis zu 3 einstündigen Trainingseinheiten pro Woche, bei maximal 78 Stunden, über einen Zeitraum von 6 Monaten erstreckt und mit Verlauf des \_\_\_\_\_ endet. Es besteht Übereinstimmung, dass der Trainingsort für die jeweilige offizielle Trainingsdauer als Arbeitsplatz gilt. Die Trainingszeiten werden von \_\_\_\_\_ Uhr bis \_\_\_\_\_ Uhr an folgenden Wochentagen \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_, an folgendem Trainingsort \_\_\_\_\_ festgelegt.
2. Es besteht weiterhin Übereinstimmung zu den folgend aufgeführten Punkten:
  - Sie habe die Möglichkeit innerhalb eines Monats vom offiziellen Programmbeginn an aus dem Programm auszusteigen um das Programm zu einem späteren Zeitpunkt wieder aufzunehmen.
  - Das Training beginnt und endet auf dem Stützpunkt, an dem der Arbeitnehmer tätig ist, es sei denn, dass der Stützpunkt nicht über geeignete Trainingsorte verfügt. Das festzustellen, liegt im Ermessen des Kommandeurs.
  - Änderungen der Trainingstage, -zeiten und -orte können nur mit vorheriger Genehmigung des/der Vorgesetzten vorgenommen werden und machen eine Ergänzung zu dieser Vereinbarung notwendig.
  - Ungenutzte Trainingszeiten sind nicht auf andere Trainingswochen übertragbar.
  - Das Ende des Programms kann nicht aufgrund von Fehlzeiten wegen Urlaub, Überstunden, oder anderen Gründen, verlängert werden.
  - Trainingszeiten können mit den gesetzlichen Pausen kombiniert werden.
  - Es darf grundsätzlich nicht automatisch zusätzliche Arbeitszeit für die Vorbereitung des Trainings (z.B. umziehen), bzw. nach dem Training (z.B. duschen, Ruhepausen, etc.) benutzt werden.
  - Die festgelegten Trainingszeiten dürfen nicht für nicht-dienstliche Zwecke benutzt werden. Ungenutzte Trainingszeiten gelten als reguläre Arbeitszeiten und müssen dementsprechend gearbeitet werden.
  - Trainingszeiten sind offizielle Arbeitszeiten. Nichterscheinen, Missbrauch der Trainingszeiten, oder Fehlverhalten während dieser Zeiträume, werden wie Fehlverhalten während der normalen Dienstzeiten behandelt und können gegebenenfalls zu Korrektur-, bzw. Disziplinarmaßnahmen führen.
  - Teilnehmer, die Fitnessklassen, persönliche Trainer, Trainingskleidung usw. nutzen, tun dies in eigener finanzieller Verantwortung.
  - Wenn Sie nicht an der Abschlussuntersuchung teilnehmen, kann das zu einer "Unvollständigkeits-Benachrichtigung" an Ihre/n Vorgesetzten führen. Es liegt im Ermessen der Vorgesetzten die zur Verfügung gestellte "Administrative Freizeit" (bis zu 76 Stunden) als Urlaub zurückzufordern.
3. Als Teilnehmer an diesem Programm bin ich verpflichtet, mich bei meiner(m) Vorgesetzten, oder in der Turnhalle, ein- und auszutragen. Ich verstehe, dass ich an einer Endbeurteilung, -untersuchung teilnehmen muss. Mein(e) Vorgesetzte(r) und ich verstehen, dass ich das Civilian Fitness Program erst beginnen kann, wenn ich das genehmigte Teilnahmeformular erhalten habe, in dem festgehalten ist, dass ich alle Voraussetzungen zur Teilnahme an diesem Programm erfülle.
4. Ich versichere hiermit, dass ich zuvor noch nicht an einem Civilian Fitness Program teilgenommen habe.

Unterschrift Arbeitnehmers/der Arbeitnehmerin: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Vorgesetzten: \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

# MEDIZINISCHE ÜBERLEGUNGEN

## FORMBLATT ZUR GESUNDHEITSGESCHICHTE

Vor dem Beginn eines Fitnessprogrammes müssen bestimmte medizinische bzw. Gesundheitliche Aspekte angesprochen werden. Gelegentlich bestehen Krankheiten, von denen die Betroffenen keine Ahnung haben. Dies trifft insbesondere das Anfangsstadium von Herzgefäßerkrankungen zu, vor allem bei älteren Personen. Diese unentdeckten oder "subklinischen" Erkrankungen können Probleme bereiten, vor allem, wenn ein anstrengendes körperliches Trainingsprogramm begonnen wird.

Stellen Sie sich den folgenden **10 Schlüsselfragen** um zu sehen, ob Sie eine medizinische Untersuchung vornehmen lassen sollten:

**JA NEIN**

1. Wurde bei Ihnen ein Herzleiden festgestellt, bzw. leiden Sie unter hohem Blutdruck aufgrund dessen der Doktor Ihnen Übungen nur unter ärztlicher Aufsicht gestattet hat?
2. Verspüren Sie bei körperlicher Betätigung Schmerzen in der Brust?
3. Hatten Sie in den letzten Monaten Schmerzen in der Brust?
4. Tendieren Sie dazu bei Schwindelgefühlen ohnmächtig zu werden oder hinzufallen?
5. Haben Sie Knochen oder Gelenke die bei körperlicher Betätigung schmerzen verursachen können?
6. Hat Ihr Arzt Ihnen jemals Medizin für Bluthochdruck oder Herzbeschwerden verordnet?
7. Sind Sie bei der geringsten körperlichen Anstrengung kurzatmig?
8. Setzt Ihr Herzschlag manchmal aus?
9. Wiegen Sie mehr als 20 Pfund über Ihrem Idealgewicht **UND** sind körperliche Betätigung nicht gewöhnt?
10. Sind Sie schwanger oder waren Sie es in den letzten 3 Monaten?
11. Gibt es weitere, hier nicht aufgeführte, gesundheitliche Gründe, weswegen Sie nicht an einem Trainingsprogramm teilnehmen sollten, selbst wenn Sie es wollten?

Falls sie zur Zeit erkältet sind oder sich aus einem anderen Grund unwohl fühlen, machen Sie einen **späteren Termin** aus!

<p><b>Ihre Antwort</b></p> <p>Verschieben Sie den Beginn des Programms</p>	<p><b>"Ja" zu einer oder mehreren Fragen</b></p> <p>Falls Sie eine der o.a. Fragen mit "Ja" beantwortet haben, müssen Sie <b>vor</b> Beginn des Programmes eine ärztliche Genehmigung einholen.*</p> <p>bis nach der ärztlichen Untersuchung, bzw. bis nach der ärztlichen Mitteilung daß</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sie sich unbeschränkt körperlich betätigen dürfen unter Einhaltung einer schrittweisen Steigerung oder</li> <li>- Sie sich zumindest anfangs eingeschränkt oder unter Überwachung körperlich betätigen dürfen. Schauen Sie sich an Ihrem Standort nach geeigneten Spezialprogrammen um.</li> </ul>	<p><b>"Nein" zu allen Fragen</b></p> <p>Wurden die o.a. Fragen korrekt beantwortet, können Sie an einem graduierten Fitnessprogramm teilnehmen - Eine schrittweise Steigerung der richtigen Übungen steigert die Fitness und verringert körperliche Beschwerden.</p>
--	---	--

1. Name: \_\_\_\_\_ Alter: \_\_\_\_\_
2. Person die im Notfall zu benachrichtigen ist: (Name) \_\_\_\_\_  
(Verwandtschaftsverhältnis) \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_
3. Nehmen Sie verschreibungspflichtige oder sonstige Medikamente ein? (Bitte ankreuzen) **JA NEIN**  
Falls ja, bitte listen Sie die Medikamente auf: \_\_\_\_\_  
Grund für die Medikamenteneinnahme? \_\_\_\_\_
4. Haben oder hatten Sie folgende Probleme?: (Bitte JA oder NEIN ankreuzen)
 

a. Chronische Krankheiten oder Leiden	<b>JA NEIN</b>
b. Operationen (innerhalb der letzten 6 Monate)	<b>JA NEIN</b>
5. Konsumieren Sie Tabakprodukte? **JA NEIN**  
Falls ja, welche? (Bitte ankreuzen) **Zigaretten Kautabak Zigarren**

**Ich versichere hiermit die Richtigkeit und Vollständigkeit der oben gemachten Angaben nach bestem Wissen und Gewissen.**

Unterschrift des Teilnehmers \_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_

**Vom Medizinischen Personal bei der Anmeldung auszufüllen.**

Medical Comments if any: \_\_\_\_\_

Participant is: Medically Approved to start the Civilian Fitness Program.  
Referred to their Primary Care Provider for additional medical screening.

# AUSWERTUNG DER GESUNDHEITSDATEN & MEDIZINISCHE UNBEDENKLICHKEITSERKLÄRUNG

(Nur für die Teilnehmer die eine ärztliche Untersuchung vor Beginn des Civilian Fitness Programms benötigen)

## MITTEILUNG FÜR DEN BEHANDELNDEN ARZT

Sehr geehrte(r) Frau/Herr Doktor,

Datum: \_\_\_\_\_

Ihr Patient, \_\_\_\_\_, möchte am Civilian Fitness Programm teilnehmen. Die Voruntersuchungen ergaben folgende Resultate:

- Alter: 40 Jahre oder älter (männlich) oder 50 Jahre oder älter (weiblich) mit bedeutenden Risikofaktoren  
 Erhöhter Blutdruck: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mm/Hg.  
 Diabetis  
 Übergewicht  
 Familiär vorbelastet mit kardiovaskulären Krankheiten durch Eltern oder Geschwister (noch vor deren 55. Lebensjahr)  
 Symptome oder Anzeichen für eventuelle cardiopulmonäre Krankheiten  
 Herz-, Lungen- oder Stoffwechselerkrankungen  
 keine Teilnahme an regelmässigem gemässigtem Sportprogramm innerhalb der letzten 6 Monate  
 Schwangerschaft

Anderes: \_\_\_\_\_

Aus diesen Gründen ist es erforderlich, dass ihr Patient vor Teilnahme an unserem Fitness Programm ihre medizinische Unbedenklichkeitserklärung erhält.

Bitte füllen Sie den angefügten Teil aus und geben ihn ihrem Patienten mit.

Mit freundlichen Grüssen,

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Programmbetreuers

----- bitte nicht abtrennen -----

## TEILNAHMEGENEHMIGUNG DES BEHANDELNDEN ARZTES

Frau/Herrn \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

ist aus medizinischer Sicht, die Teilnahme am Civilian Fitness Programm gestattet. Ich verstehe, dass das Programm leichte bis mittelschwere Übungen beinhaltet und in unbeaufsichtigten Gruppen oder alleine durchgeführt wird. Ich verstehe des weiteren, dass die Teilnahme an diesem Programm freiwillig ist, Pausen und Unterbrechungen können jederzeit nach eigenem Wunsch eingelegt werden.

Falls ihrem Patienten gewisse Übungen verboten sind, listen Sie die Einschränkungen sowie die infrage kommenden Ersatzübungen bitte auf.

**Folgende Übungen sind verboten und können ersetzt werden durch, (falls keine Einschränkungen gegeben sind, bitte ebenfalls angeben):**

Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Stempel mit Telefonnummer

e-mail: \_\_\_\_\_

Teilnehmer: Bitte faxen Sie das ausgefüllte Formblatt an Ihr Health Promotion & Wellness Büro unter **XXX-XXXX** oder **XXX-XXXX**.

Fragen: Bitte rufen Sie ihr Health Promotion & Wellness Büro an unter **XXX-XXXX** oder **XXX-XXXX**.

Falls Sie Fragen zum Civilian Fitness Programm haben, bitte kontaktieren Sie das USACHPPMEUR Department of Health Promotion & Wellness unter DSN 486-7099/8555 oder Civ 06371-86-7099/8555.

# EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Hiermit gebe ich meine Einwilligung zur Teilnahme an einer Reihe von Gesundheits- und medizinischen Untersuchungen einschliesslich eines Fitness Tests zum Zwecke der Feststellung meines physischen Fitness- und Gesundheitsstatus. Die gesamte Untersuchung sollte nicht mehr als eine Stunde in Anspruch nehmen. Alle ermittelten Resultate dieser Tests werden streng vertraulich behandelt, es sei denn ich erteile meine schriftliche Zustimmung. Die Untersuchungen beinhalten folgendes:

1. Blutdruck und Puls. Ein Blutdruckmessgerät stellt Ihren **Blutdruck fest** . Der Puls wird an der Arterie des Handgelenkes gefühlt.
2. Körperbau wird bestimmt durch:
  - a. Taille - Hüftumfang und wird durch das Messen des Taillen- und Hüftumfangs bestimmt.
  - b. Körperfettmessung mit dem OMRON Körperfettmesser. Die Messung bestimmt den prozentualen Anteil von Körperfett in Relation zur Muskelmasse.
  - c. Ergebnisse der Hüftumfang - Messung sind ein guter Indikator für verschiedene Risikokrankheiten.
  - d. Body Mass Index. Der BMI wird durch die Körpergrösse und das Gewicht bestimmt und misst den gesamten Körperfettanteil bei Erwachsenen.
  - e. Umfangsmessung: Einfache Messung 3er verschiedener Umfänge um den Körperbau zu bestimmen.
3. Cardiorespiratory Fitness wird durch einen 3 Minuten Step Test bestimmt. Cardiorespiratory Fitness ist definiert als die Fähigkeit von Herz und Lungen, die Muskeln mit Sauerstoff zu versorgen. Beim Steptest wird der Herzschlag in Ruhe, nach 3 Minuten Steppen auf einer 12" Stufe, bei 96 bpm gezählt. Die Herzschlagfrequenz im Ruhe-stadium ist bei regelmässig trainierenden Leuten niedriger und somit ein Hinweis auf ein leistungsfähigeres Herz.
4. Der Sit and Reach Test misst die Flexibilität der Rückenmuskulatur, der Bein- und Rumpfmuskeln. Flexibilität ist definiert als die Bewegungsmöglichkeit eines Gelenks oder einer Gruppe von Gelenken.
5. Muskelausdauer ist die Fähigkeit einer Muskelgruppe sich wiederholende Kontraktionen über auszuführen, die ausreichen die Muskeln zu ermüden. Tests wie der Sit-up Test oder wieviele Liegestütze hintereinander ohne Unterbrechung gemacht werden können, dienen dazu die Ausdauer der Oberkörper-Muskelgruppen und der unteren Muskelgruppen festzustellen.
6. Es besteht die Möglichkeit dass Sie während des Tests körperliche Veränderungen erfahren wie: anormaler Blutdruck, Schwindelgefühl, unregelmässiger, zu schneller oder zu langsamer Herzschlag und in ganz ungewöhnlichen Fällen sogar Herzstillstand, - infarkt oder Tod. Es wird jedmögliche Anstrengung unternommen diese Risiken, durch das sorgfältige Auswerten der von Ihnen gemachten Angaben zu Ihrer Gesundheit und durch Beobachten während des Tests, zu minimieren. Notfallausrüstung und trainiertes Personal sind erreichbar um mit aussergewöhnlichen Situationen fertig zu werden.
7. Informationen die Sie haben über Ihre Gesundheit oder vorherige Erfahrungen mit ungewöhnlichem Befinden bei physischen Anstrengungen könne die Sicherheit und Auswertung des Fitness Tests beeinflussen. Es liegt in Ihrer Verantwortung das testende Personal entsprechend zu informieren. Die Teilnahme am Fitness Test ist absolut freiwillig, Sie können den Test auch jederzeit abbrechen wenn Sie das wünschen.
8. Ich möchte diesen Fitnessstest machen, damit mir in Hinblick auf mein Übungsprogramm bessere Angaben gemacht werden können. Ich verstehe, dass ich mein Einverständnis jederzeit zurücknehmen kann oder die Teilnahme am Test und dem Programm zu jeder Zeit ohne Strafe oder negative Beurteilung abbrechen kann.
9. Ich habe die obigen Erklärungen zum Gesundheitscheck für das Civilian Fitness Program gelesen. Ich erkläre mich freiwillig zur Teilnahme an diesem Programm bereit. Hiermit erteile ich mein Einverständnis dazu, dass die ermittelten Daten zur Auswertung für dieses Programm genutzt werden. Meine Fragen zu diesem Programm wurden alle zu meiner Zufriedenheit beantwortet. Ich weiss, dass ich mich für weitere Fragen jederzeit unter 486-7099/8555, an das USACHPPMEUR Department of Health Promotion and Wellness wenden kann.

---

(Unterschrift)

---

(Datum)