

# Teilnahmebedingungen



Um sicher zu stellen, dass Bodyflying in unserem Windtunnel für Sie ein unvergessliches Sport-AIRlebnis wird, bitten wir Sie die nachfolgenden Teilnahmebedingungen auszufüllen und zu unterzeichnen:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort; **Telefonnummer:** \_\_\_\_\_

Flugtermin mit Uhrzeit: \_\_\_\_\_

## 1. Ich darf fliegen

Ich wiege mehr als 120 kg  Ja  Nein

Ich habe Probleme mit

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> den Schultern      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> den Gelenken       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> meinem Rücken      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| <input type="checkbox"/> meiner Bandscheibe | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Wenn „ja“, welche:

Meine Schulter war schon einmal ausgerenkt.  Ja  Nein

Ich habe eine Herz-Kreislauf-Erkrankung.  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche:

Ich habe einen Herzschrittmacher.  Ja  Nein

Ich hatte einen Schlaganfall.  Ja  Nein

Ich habe Alkohol / Drogen konsumiert.  Ja  Nein

Ich habe eine akute Verletzung.  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche akute Verletzung(en):

Ich bin akut krank.  Ja  Nein

Wenn „ja“, welche akute Krankheit(en):

Sonstige körperliche Beschwerden, die die Indoor Skydiving Bottrop GmbH vor der Durchführung des AIRlebnisses kennen sollte:

Ich bin jünger als vier Jahre.  Ja  Nein

Bei Bodyflyerinnen:

Ich bin schwanger.  Ja  Nein

---

Haben Sie aktuell oder hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen eines der folgenden Symptome:

- **Fieber oder Temperatur > 37,8 °C**  ja  nein
- **Husten**  ja  nein
- **Schnupfen**  ja  nein
- **Halsschmerzen**  ja  nein
- **Atemnot**  ja  nein
- **Durchfall**  ja  nein
- **Geruchs- und Geschmacksverlust**  ja  nein
- **Hatten Sie in den vergangenen 14 Tagen Kontakt zu einer Person, die an COVID-19 erkrankt ist/war (bestätigter Fall)?**  ja  nein
- **Wurde bei Ihnen ein Abstrich auf SARS-CoV-2 (COVID-19) / Coronavirus durchgeführt und war dieser positiv?**  ja  nein
- **Wurde bei Ihnen häusliche Quarantäne angeordnet?**  ja  nein

Hiermit bestätige ich das eine der folgenden Bedingungen erfüllt ist:

- **Ich besitze einen Negativtestnachweis der nicht älter als 48h ist.**  ja  nein
- **Ich bin vollständig mit einem in der Europäischen Union zugelassenen Impfstoff gegen Covid-19 geimpft. Die letzte Impfdosis war vor mehr als 14 Tagen und ich besitze einen Impfausweis.**  ja  nein
- **Ich war bereits an Covid-19 erkrankt und vollständig genesen. Ich kann einen positiven PCR-Test vorweisen der mindestens 28 Tage alt und nicht älter als 6 Monate ist.**  ja  nein

**2. Ich will fliegen**

Ich bin mir bewusst, dass es sich bei den von der Indoor Skydiving Bottrop GmbH angebotenen AIRlebnissen um Erlebnissportevents handelt und, dass meine Teilnahme an dem gebuchten AIRlebnis das Risiko von Verletzungen birgt. Ich will fliegen und nehme an dem gebuchten AIRlebnis auf eigene Gefahr teil.

---

**Datum / Unterschrift**

**Uhrzeit Ankunft:** \_\_\_\_\_

**Uhrzeit Verlassen des Gebäudes:** \_\_\_\_\_