



## Fragebogen Kampfsport

Name: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

1. Welche Kampfsportarten üben Sie aus?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

2. In welcher Weise üben Sie den Kampfsport aus?

Amateur / Hobby seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Lehrer / Trainer seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_

Profi seit \_\_\_\_ . \_\_\_\_

3. Wie häufig üben Sie den Kampfsport aus?

Regelmäßig: \_\_\_\_ Tage pro Woche, \_\_\_\_ Stunden pro Tag

Unregelmäßig: Im Durchschnitt \_\_\_\_ Tage pro Jahr, \_\_\_\_ Stunden pro Tag

4. Wo üben Sie den Kampfsport aus?

Club / Verein / Kampfsportschule: \_\_\_\_\_

Fitnessstudio: \_\_\_\_\_

Hochschule: \_\_\_\_\_

Sonstige: \_\_\_\_\_

5. Bitte beschreiben Sie eine Trainingseinheit:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

6. Wie betreiben Sie den Kampfsport?

Vollkontakt

Leichtkontakt

Semikontakt

Non-Kontakt

7. Tragen Sie die erforderlichen Kampfsportausrüstungen?

Nein

Ja

8. Nehmen Sie an Wettbewerben, Turnieren, Meisterschaften oder anderen Veranstaltungen teil?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: An welchen? Wo? Wie häufig pro Jahr?

---

---

---

9. Hatten Sie bereits Verletzungen oder Unfälle durch den Kampfsport?

Nein

Ja

Bitte machen Sie nähere Angaben: Welche? Wann? Beschwerdedauer? Behandlungsdauer? Folgen?

---

---

---

**Durch meine eigenhändige Unterschrift bestätige ich, dass ich die vorstehenden Fragen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet und nichts verschwiegen habe. Ich erkenne an, dass unvollständige oder unwahre Angaben den Verlust der Versicherungsansprüche zur Folge haben können. Ich bestätige, dass sich mein Gesundheitszustand seit Antragstellung nicht verändert hat. Ärztliche Beratungen oder Behandlungen waren nicht erforderlich.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des volljährigen  
zu Versichernden  
(falls nicht Antragsteller)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des  
gesetzlichen Vertreter/s  
(bei minderjährigen zu Versichernden)