

**Laktattest Teilnahmeprotokoll**

Name	_____	Vorname	_____
Straße	_____	PLZ Ort	_____
Größe	_____	Geburtstag	_____
Gewicht	_____	Telefon	_____
Fax	_____	Mobiltelefon	_____
E-Mail	_____	Ruhepuls	_____
Ziel	_____		

- ✓ Mit der Durchführung eines Leistungstests bin ich einverstanden. Es wird ein Test mit ansteigender Belastung bis an die maximale körperliche Leistungsfähigkeit vorgenommen. Dazu ist die absolute körperliche Gesundheit unabdingbare Voraussetzung.
- ✓ Ich leide bzw. litt nicht an einer Herz-Kreislaufkrankung (z.B. Bluthochdruck, Arteriosklerose, Herzinfarkt, Herz(klappen)fehler, Herzmuskelentzündung, etc.) oder einer Erkrankung der Atemwege (z.B. Asthma, Bronchitis).
- ✓ Über die zum Test notwendigen Blutabnahmen bin ich informiert. Ich habe keine sonstigen Erkrankungen und in den letzten drei Wochen keine akut fiebrige Erkrankung durchgemacht.
- ✓ Ich nehme auf eigene Verantwortung an dem Test teil. Jegliche Haftung ist ausgeschlossen. Mit der Erfassung meiner Daten mittels elektronischer Datenerfassungssysteme für trainingsplantechnische Auswertungen bin ich einverstanden. (Falls nicht, streichen Sie diesen Satz).
- ✓ Der Trainingsplan, der auf der Basis des Laktattests erstellt wird, enthält Trainingsmittel die mit dem PC Programm „LacQuiroV5“ erstellt wurden. Das Training nach diesen Trainingsmitteln absolviere ich auf eigene Gefahr. Für eventuell entstandene Schäden übernehmen der Hersteller von LacQuiro sowie die Autoren der Trainingsmittel keinerlei Haftung.
- ✓ Über die anfallenden und von mir zu tragenden Kosten habe ich mich informiert.

Ort, Datum_____
Unterschrift des Sportlers