



## Fragebogen zur Bewerbung als Testperson

Vorname\*: \_\_\_\_\_ Name\*: \_\_\_\_\_

Geschlecht\*:  männlich  weiblich

Geburtsdatum\*: \_.\_.\_\_\_\_.\_\_\_\_

Straße\*: \_\_\_\_\_ Hausnummer\*: \_\_\_\_\_

PLZ\*: \_\_\_\_\_ Ort\*: \_\_\_\_\_

E-Mail\*: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Welches Symptom tritt bei Ihnen auf?\*

- Schwindel
- Gangunsicherheit
- Sturzgefahr
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Wie oft tritt das Symptom auf?\*

- mehrmals in der Woche
- jeden Monat
- selten
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere Symptome?\*

- Kopfschmerzen
- Übelkeit
- Erbrechen
- Ohrendruck
- Keine weiteren Symptome
- Sonstige: \_\_\_\_\_

Hier haben Sie die Möglichkeit, uns noch mehr zu Ihrer Krankheitsgeschichte mitzuteilen (optional):

---

---

---

---

---

\*Pflichtangabe

Wir danken Ihnen für Ihr Interesse an einem Test unseres EQUIFit©! Wir melden uns bei Ihnen, sobald wir die Testpersonen ausgewählt haben.

Ihr EQUIVert-Team

**Mit der Rücksendung des Fragebogens erklären Sie, dass Sie die datenschutzrechtlichen Informationen für Produkttester (nach Datenschutzgrundverordnung der EU, DSGVO) zur Kenntnis genommen haben. Vor der Teilnahme am Produkttest muss dieses unterschrieben zurückgeschickt werden.**