

Fragebogen zum individuellen Gesundheitsstatus

Name:	Vorname:
Straße:	Wohnort:
Telefon:	E-Mail:
Geburtsdatum:	Krankenversicherung:

Mit Hilfe der folgenden Fragen möchte ich einen Eindruck von Ihrer individuellen Belastbarkeit und sportlichen Vorerfahrungen erhalten. Ich benötige diese Informationen, um auf Ihre eventuellen Beschwerden eingehen zu können und um ein, für Sie sicheres Training, anzubieten. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

1. Wie viel körperliche Anstrengung erfordert Ihr Alltag? (ggf. Beruf)

Keine besondere Anstrengung	Mäßige körperliche Anstrengung	Hohe körperliche Anstrengung
-----------------------------	--------------------------------	------------------------------

2. Wie hoch würden Sie Ihre derzeitige Stressbelastung einschätzen?

Null	Gering	Mäßig	Hoch	Sehr hoch
------	--------	-------	------	-----------

3. Treiben Sie Sport oder bewegen Sie sich regelmäßig? Ja Nein

Wenn ja, welchen?

4. Rauchen Sie? Ja Nein

5. Sind Sie zurzeit in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

6. Wurde bei Ihnen eine der folgenden Erkrankungen von einem Arzt festgestellt?

Erkrankungen am Herzen/Kreislauf	Wenn ja, welche?
Erkrankungen der Atemwege	Wenn ja, welche?
Innere Erkrankungen	Wenn ja, welche?
Krebs	Wenn ja, wo?
Orthopädische Erkrankungen	Wenn ja, welche?
Sonstige Erkrankungen, Unfälle, OPs:	

7. Haben Sie derzeit Schmerzen?

Nein	Ja	Konstant	Belastungsabhängig	Hin und wieder
------	----	----------	--------------------	----------------

8. Wenn ja, wo? _____

Haftungsausschlussvereinbarung:

Jegliche Teilnahme an Ernährungs-, Bewegungs-, bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden. Sollten während des Trainings Beschwerden oder Schmerzen auftreten, informieren Sie mich/ den Trainer bitte umgehend. Wenn Sie unsicher sind, ob eine Teilnahme am Training für Sie richtig und gesundheitlich förderlich ist, empfehle ich Ihnen eine entsprechende Abklärung vor Kursbeginn mit Ihrem Hausarzt.

Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes. Alle Fragen habe ich wahrheitsgemäß beantwortet.

Ort/Datum

Unterschrift