

Gesundheitsfragebogen

Personalien

Name, Vorname

Adresse:

PLZ, Ort:

Telefon:

E-Mail:

Geburtsdatum:

Persönliche Fragen

Treiben Sie regelmässig Sport?

 Noch nicht 1x pro Woche 2-4x pro Woche mehr als 4x pro Woche

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Welche Sport- bzw. Bewegungsarten?

Was sind Ihre sportlichen Ziele?

Wie oft pro Woche werden Sie sich für Bewegung Zeit nehmen?

Gesundheitsfragen	Ja	Nein
Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen Bewegung und Sport unter medizinischer Kontrolle empfohlen?		
Haben Sie Brustschmerzen bei Körperlicher Belastung?		
Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?		
Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren, oder sind Sie ein oder mehrmals wegen Schwindels gestürzt?		
Haben Sie ein Knochen oder Gelenkproblem, das sich bei körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?		
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?		
Leiden Sie unter Atemwegsproblemen? (z.B Asthma/Bronchitis)		
Haben Sie Rückenprobleme?		
Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben?		

Wenn Sie eine Frage mit JA beantwortet haben, kontaktieren Sie bitte einen sportmedizinisch kompetenten Arzt, bevor Sie Ihre sportliche Aktivität steigern.

Falls Sie regelmässig Medikamente nehmen, unter Stoffwechselerkrankungen leider oder zurzeit eine Diät machen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt ab, ob sportliche Aktivität erlaubt ist.

Risikofaktoren	Ja	Nein
Zuckerkrankheit (Diabetes)?		
Herz-Kreislaufprobleme, Herzfehler, Bluthochdruck?		
Bodymassindex (BMI kg/m ²) über 25?		
Rauchen Sie?		

Ort und Datum:

Unterschrift: