



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

PERSONALIEN

Vorname: _____

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Straße: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Email: _____

Telefon: _____

PERSÖNLICHE FRAGEN

Betreiben Sie regelmäßig Sport?

Noch nicht 1x pro Woche 2–3x pro Woche mehr als 3x pro Woche

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____

Welche Sport- bzw. Bewegungsarten? _____

Was sind Ihre sportlichen Ziele? _____

Wie oft pro Woche (wie viele Stunden)
werden Sie sich für Bewegung und Sport Zeit nehmen? _____



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

GESUNDHEITSFRAGEN

| | Ja | Nein |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren, oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindels gestürzt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder gegen ein Herzproblem verschrieben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Leiden Sie unter Atemwegsproblemen (z.B. Asthma, Bronchitis)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Haben Sie größere Rückenprobleme, wie z.B. einen Bandscheibenvorfall? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sind Sie derzeit in Rehabilitation? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

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 leiden oder zurzeit eine Diät machen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt ab, ob sportliche Aktivität erlaubt ist.



GESUNDHEITSFRAGEBOGEN

RISIKOFAKTOREN

| | Ja | Nein |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Zuckerkrank (Diabetes)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu hohe Blutfette? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herz- und Kreislaufprobleme? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Herzfehler? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bluthochdruck? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bodymassindex (BMI): Körpergewicht in kg / Körpergröße in m ² ... über 25? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rauchen Sie? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Ort, Datum _____ Unterschrift _____

Die Informationen werden von der Trainerin / vom Trainer ausschließlich im Zusammenhang mit dem aktuellen Trainingsprogramm verwendet und finden keinen Eingang in eine weitergehende Datensammlung.

