

Gesundheitsfragebogen

Teil 1

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse/Nr: _____
 PLZ/Ort: _____
 E-Mail: _____
 Telefon: _____
 Beruf: _____
 Geburtsdatum: _____

Betreiben Sie regelmässig Sport? Ja nein

Wenn ja, was und wie oft pro Woche: _____

Wie beurteilen Sie Ihre körperliche Fitness? _____

Nehmen Sie zurzeit Medikamente oder Supplemente ein? Ja nein
 Falls ja, welche?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gegen Blutdruck | <input type="checkbox"/> gegen Blutfette |
| <input type="checkbox"/> Entwässerungstabletten | <input type="checkbox"/> Vitamine |
| <input type="checkbox"/> Gegen zu hohen Blutzucker | <input type="checkbox"/> Mineralien |
| <input type="checkbox"/> Herzfrequenzbeeinflussende Medikamente (Bsp.: Beta-Blocker) | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente gegen Blutgerinnung | |
| <input type="checkbox"/> Medikamente für Schilddrüsen-Überfunktion | |
| <input type="checkbox"/> Schilddrüsen-Unterfunktion | |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____ | |

Haben oder hatten Sie Beschwerden im Bewegungsapparat? Ja nein
 Falls ja, welche? (Zutreffendes bitte unterstreichen)

- | | | | |
|--|--------------|---------|---------------|
| <input type="checkbox"/> Schulter | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Ellenbogen | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Handgelenk | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Rücken | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Hüfte | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Knie | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Sprunggelenk | rechts/links | aktuell | zurückliegend |
| <input type="checkbox"/> Sonstige: _____ | | | |

Gesundheitsfragebogen

Teil 2

Sind Sie schwanger? Ja SSW: _____ Nein

Hiermit erkläre ich, dass ich gesund und trainingstauglich bin. Bei Beschwerden /Bsp.: plötzliche Befindlichkeitsstörungen, Schwindel, Übelkeit, Schmerz, Verletzung, Herzrasen o. ä.) werde ich meine/N Trainer/In umgehend darüber in Kenntnis setzen und einen Arzt konsultieren.

Ort/Datum

Unterschrift