

## Gesundheitsfragebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Beruf \_\_\_\_\_

Hobbies \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_

Physiotherapeut \_\_\_\_\_



### Persönliche Fitness

**1. Was ist Ihre durchschnittliche körperliche Aktivität der letzten sechs Monate (30+ Minuten mit deutlicher Pulserhöhung)**

täglich     2-4 wöchentlich     wöchentlich     gelegentlich     keine

**2. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?**

sehr gut     gut     mittel     genügend     schlecht

### Ärztliche Behandlung/Medikamenteneinnahme

**3. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung?**

Ja     Nein

**4. Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?**

Ja     Nein

Wenn JA, welche? \_\_\_\_\_

### Atemwege

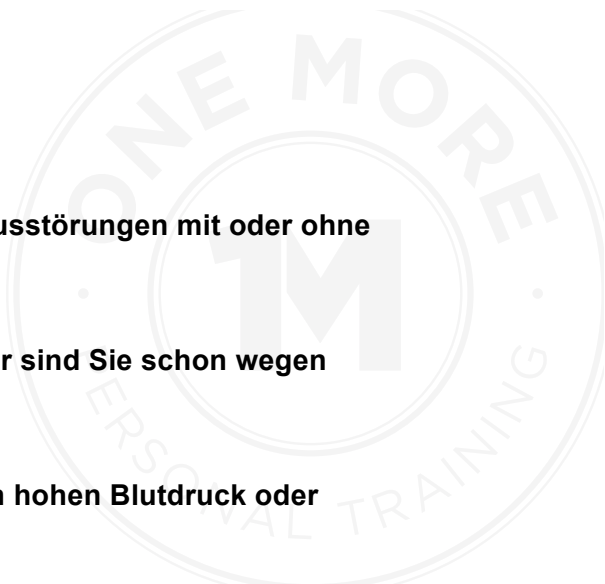
**5. Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis?**

Ja     Nein

### Herzkreislafrisiko

**6. Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt?**

Ja     Nein



7. Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen mit oder ohne körperliche Belastung?

- Ja             Nein

8. Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder sind Sie schon wegen Schwindel gestürzt?

- Ja             Nein

9. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder Herzproblemen verschrieben?

- Ja             Nein

**Bewegungsapparat**

10. Haben Sie Probleme an Gelenken, Knochen und/oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten?

- Ja             Nein

**Falls Ja: Welche?**

- Rücken
- Schultern
- Knie
- Andere: .....

**Risikofaktoren**

- |  |                             |                               |   |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Ich bin zuckerkrank                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |
| Ich bin stark übergewichtig              | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |
| Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |
| Ich habe einen zu hohen Blutdruck        | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |

**Work-Life-Balance**

- |   | <b>Ja</b>                | <b>Nein</b>              | <b>Es geht</b>           |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Fühlen Sie sich zurzeit durch Ihre Arbeit gestresst?    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Haben Sie Mühe, ein- oder durchzuschlafen               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fühlen Sie sich am Morgen nach dem Aufstehen ausgeruht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Damit auch bezüglich Gesundheitsrisiko stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichtet sich die unterzeichnende Kundin / Kunde, den Trainer über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung und/oder einer allfälligen aktuellen Medikamenteneinnahme im Vergleich zu den vorgehenden Angaben umgehend zu informieren.

Datum, Ort \_\_\_\_\_ Unterschrift des Kunden \_\_\_\_\_

Unterschrift des Trainers \_\_\_\_\_