



Gesundheitsfragebogen

Datum: _____

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

PLZ/Ort _____

Beruf _____

Hobbies _____

Notfall Nr. _____

Notfall Name _____

Persönliche Fitness

1. Was ist Ihre durchschnittliche körperliche Aktivität der letzten sechs Monate
täglich 2-4 wöchentlich wöchentlich gelegentlich keine

2. Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness?
ausgezeichnet sehr gut gut 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

6. Rauchen Sie? Ja Nein

7. Trinken Sie täglich Alkohol? Ja Nein

Herz-Kreislauf-Risiko

- 8. Ist bei Ihnen eine Herzerkrankung bekannt?
Ja Nein

- 9. Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen mit oder ohne körperliche Belastung?
Ja Nein

- 10. Haben Sie schon das Bewusstsein verloren oder sind Sie schon wegen Schwindel gestürzt?
Ja Nein

- 11. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder Herzproblemen verschrieben?
Ja Nein

Bewegungsapparat

- 12. 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	Ja	Nein	Weiss es nicht
Ich bin stark übergewichtig	Ja	Nein	Weiss es nicht
Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin)	Ja	Nein	Weiss es nicht
Ich habe einen zu hohen Blutdruck	Ja	Nein	Weiss es nicht

Work-Life-Balance

- | | |
|---|------------------------------|
| | Ja Nein Es geht |
| - Fühlen Sie sich zurzeit durch Ihre Arbeit gestresst? | |
| - Haben Sie Mühe, ein- oder durchzuschlafen | |
| - Fühlen Sie sich am Morgen nach dem Aufstehen ausgeruht? | |

Ich bestätige die Richtigkeit der oberstehenden Angaben:

Datum, Ort _____ Unterschrift des Kunden _____

Datum, Ort _____ Unterschrift des Instructors _____