# Gesundheitsfragebogen

Name: _____ Vorname: _____

Adresse: _____ PLZ/Ort: _____

Geb. Datum: _____ Gewicht: _____ Grösse: _____

Tel.Nr.: _____ E-Mail: _____

| **Bewegungsapparat** | **JA** | **NEIN** | **Beschwerden** |
|---|---|---|---|
| Bisherige Operationen? | ☐ | ☐ | _____ |
| Beschwerden an Rücken/Gelenken/Muskulatur? (Osteoporose/Arthrose/Anderes) | ☐ | ☐ | _____ |
| **Herzkreislauf** | | | |
| Herzrhythmusstörungen/Herzinfarkt/ Angina Pectoris? | ☐ | ☐ | _____ |
| Herzoperationen? | ☐ | ☐ | _____ |
| Leiden Sie an hohem/niedrigem Blutdruck? | ☐ | ☐ | _____ |
| Gestörte Blutgerinnung? | ☐ | ☐ | _____ |
| **Atmung** | | | |
| Atemwegserkrankungen? | ☐ | ☐ | _____ |
| Asthma/Bronchitis? | ☐ | ☐ | _____ |
| Allergien? | ☐ | ☐ | _____ |
| **Diverses** | | | |
| Ansteckende Hautkrankheiten? | ☐ | ☐ | _____ |
| Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, ist ein Training aus ärztlicher Sicht unbedenklich? | ☐ | ☐ | _____ |
| Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, können Sie vom Arzt aus ohne Risiko trainieren? | ☐ | ☐ | _____ |
| Sind Operationen geplant? | ☐ | ☐ | _____ |
| Liegt eine Schwangerschaft vor? | ☐ | ☐ | _____ |
| Neurologische Erkrankungen/Epilepsie? | ☐ | ☐ | _____ |
| Sonstige Beschwerden oder Erkrankungen? | ☐ | ☐ | _____ |

**Unterschrift:** _____ **Ort/Datum:** _____

Diese Daten werden für die optimale Trainingsberatung benötigt. Mit der Unterschrift wird die Richtigkeit der Angaben bestätigt. Stellen einzelne Punkte eine Gefahr für den Trainierenden dar, behalten wir uns vor, ihm vor dem Trainingsbesuch eine ärztliche Kontrolle zu empfehlen. Bestätigt ein Arztzeugnis, dass keine Gefahr besteht, wird der Besucher ins Training aufgenommen. Wird ein Arztbesuch abgelehnt, muss der Trainierende bestätigen, dass er voll und ganz die Verantwortung selbst übernimmt. **Diese Bestimmungen betreffen den Schutz der Trainierenden!**