

Gesundheitsfragebogen

Vorname _____
Name _____
Adresse _____
Geb. Datum _____ Länge _____ cm Gewicht ca. _____ kg
Telefon _____
E-Mail _____
Beruf / Tätigkeit _____
Treibst Du Sport? nein Ja seit wann? _____
Welche Sport-/Bewegungsart? _____
Wie oft pro Woche? ein Mal 2 bis 3 Mal mehr als 3 Mal
Was sind deine sportlichen Ziele? _____
Wie oft werden wirst Du Dir pro Woche Zeit für Bewegung nehmen? _____

Gesundheitsfragen (gemäss Empfehlungen der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin)

Hat dein Arzt jemals gesagt, Du hättest „etwas am Herzen“ und Dir Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?
nein ja Details: _____

Hast Du Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?
nein ja Details: _____

Hast Du schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren, oder bist Du ein oder mehrmals wegen Schwindels gestürzt?
nein ja Details: _____

Hast Du ein Knochen- oder Gelenkproblem?
nein ja Details: _____

Leidest Du unter Atemwegsproblemen (z. B. Asthma...)
nein ja Details: _____

Hast Du Rückenprobleme?
nein ja Details: _____

Wie ist dein Schlaf?
gut nicht so gut Details: _____

Ist Dir aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats ein Grund bekannt, der Dich davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben oder Komplementärmedizinische Behandlungen zu empfangen?
nein ja Details: _____

Falls Du regelmässig Medikamente nehmen, unter Stoffwechselerkrankungen leiden oder zurzeit eine Diät machst, sprechen dies bitte bei unserem ersten Treffen an.

Risikofaktoren

Nähere Informationen

Zuckerkrank (Diabetes)	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Zu hohe Blutfette	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Herz- und Kreislaufprobleme	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
Rauchen Du?	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Wie bist Du auf Ananda aufmerksam geworden? _____

Ort, Datum

Unterschrift