

Gesundheitsfragebogen

Name, Vorname

Sehr geehrte/r Frau/Herr

wir freuen uns, dass Sie sich bei uns angemeldet haben. Um Sie während Ihrer Zeit bei uns gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorwege einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Ihre Angaben sind vertraulich.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freitextfelder aus.

Geschlecht: weiblich männlich Alter:

Mein Trainingszustand: niedrig durchschnittlich gut sehr gut

Ich würde mich als körperlich fit und gesund bezeichnen: Nein Ja Eingeschränkt

Wie sieht Ihre Körperhaltung bzw. Bewegung tagsüber überwiegend aus? (mehrere Angaben möglich)

gehend stehend sitzend gebückt hebend tragend

Haben/hatten Sie Beschwerden, Erkrankungen, Verletzungen am Bewegungsapparat (z. B. Kniegelenksarthrose, Osteoporose)?

Wenn ja, welche?

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und/oder Ihnen in diesem Zusammenhang Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? Nein Ja

Hatten Sie in den letzten Monaten Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Nein Ja

Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt? Nein Ja

Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt? Nein Ja

Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis? Nein Ja

Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? Nein Ja

Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren? Nein Ja

Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung (Diabetes/erhöhtes Cholesterin) festgestellt? Nein Ja

Wurde bei Ihnen eine meldepflichtige Erkrankung festgestellt (z. B. Tuberkulose, Hepatitis, HIV-Positiv, MRSA-Positiv,...)

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente? (z. B. Blutverdünner, Blutdrucksenker) Nein Ja

Wenn ja, welche?

Wurden bei Ihnen operative Eingriffe durchgeführt? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Haben Sie aktuell Beschwerden oder Auffälligkeiten, die Sie für erwähnenswert halten? Nein Ja

Wenn ja, welche?

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet? ständig häufig gelegentl. selten nie

Name, Vorname

Ort

Datum

Unterschrift (bei Minderjährigen einschl. des Erziehungsberechtigten)