

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient zu deiner Sicherheit; alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name _____ Vorname _____

Adresse _____ PLZ/Ort _____

Telefon P _____ T _____ elefon G _____

Beruf _____ Krankenkasse _____

Geburtsdatum __. __. ____ Grösse _____ cm Gewicht _____ kg

Ich rauche: ja nein Wenn ja: seit _____ Jahren _____ Päckli/Tag

1. Hat dein Arzt/deine Ärztin dir je geraten, dich erst nach einer gründlichen ärztlichen Untersuchung körperlich zu betätigen? ja nein
2. Ist bei dir eine Lungen- oder Herzerkrankung bekannt? ja nein
3. Hattest du je Brustschmerzen oder Herzrythmusstörungen bei körperlicher Belastung ja nein
4. Hattest du im letzten Monat Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen ohne körperliche Belastung? ja nein
5. Hattest du jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder bist du je ohnmächtig geworden? ja nein
6. Hast du ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Anstrengung verschlechtern könnte? Wenn ja, welches: _____ ja nein
7. Hat dir der Arzt/die Ärztin kürzlich Medikamente gegen Bluthochdruck oder zur Herzstärkung verschrieben? ja nein
8. Fühlst du dich zur Zeit krank? ja nein
9. Ist dir irgend ein anderer Grund bekannt, warum es dir nicht möglich sein sollte, dich körperlich zu betätigen? ja nein
10. Risikofaktoren:

Ich bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/> weiss es nicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich bin stark übergewichtig		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> weiss es nicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> weiss es nicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
11. Ich nehme zur Zeit Medikamente ja nein
 Wenn ja, welche _____ regelmässig unregelmässig

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt. Zudem nehme ich Kenntnis davon, dass die Kursleiterin jede Haftung ablehnt.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Bitte ausgefüllt und unterschrieben der Kursleiterin am 1. Kurstag abgeben. Danke.