

## Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient zu Ihrer Sicherheit und wird nach dem Kursende zurückgegeben oder vernichtet. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_  
 Telefon P \_\_\_\_\_ Telefon G \_\_\_\_\_  
 Beruf \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum     Grösse    cm Gewicht    kg  
 Ich rauche ja nein Wenn ja: seit   Jahren   Päckli/Tag

1. Hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen je geraten, sich erst nach einer gründlichen ärztlichen Untersuchung körperlich zu betätigen? ja nein
2. Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Herzerkrankung bekannt? ja nein
3. Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen bei körperlicher Belastung? ja nein
4. Hatten Sie im letzten Monat Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen ohne körperliche Belastung? ja nein
5. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden? ja nein
6. Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Anstrengung verschlechtern könnte? ja nein
7. Hat Ihnen der Arzt/die Ärztin kürzlich Medikamente gegen Bluthochdruck oder zur Herzstärkung verschrieben? ja nein
8. Fühlen Sie sich zur Zeit krank, sind Sie erkältet oder haben Sie Fieber? ja nein
9. Ist Ihnen irgend ein anderer Grund bekannt, warum es Ihnen nicht möglich sein sollte, sich körperlich zu betätigen? ja nein
10. Risikofaktoren:
 

Ich bin zuckerkrank	weiss es nicht	ja	nein
Ich bin stark übergewichtig		ja	nein
Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin)	weiss es nicht	ja	nein
Ich habe einen zu hohen Blutdruck	weiss es nicht	ja	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 der Kursleiter/die Kursleiterin jede Haftung ablehnt.

Ort/Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

**Bitte ausgefüllt und unterschrieben der Kursleiterin/dem Kursleiter abgeben.**