



Gesundheitsbogen

Name	Mitarbeiter
Vorname	Datum
Geburtsdatum	Ausweisnummer

Welche sind Ihre primären Trainingsziele?

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Rückenbeschwerden lindern | <input type="checkbox"/> Allgemeine Fitness verbessern | <input type="checkbox"/> Herz-Kreislauf-Beschwerden lindern |
| <input type="checkbox"/> Gewichtsoptimierung | <input type="checkbox"/> Gelenkstabilisierung | <input type="checkbox"/> Gewebestraffung |
| <input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge | <input type="checkbox"/> Muskelaufbau | <input type="checkbox"/> Sonstiges |

1. Wie stufen Sie Ihre Fitness ein?	<input type="checkbox"/> untrainiert	<input type="checkbox"/> mittel	<input type="checkbox"/> gut
2. Wie viele Stunden verwenden Sie pro Woche für Ihre Gesundheit und körperliche Fitness?	_____ h		
3. Sind Sie Diabetiker?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
4. Soll Ihnen das Training helfen Stress abzubauen?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
5. Rauchen Sie? Wie viel?	<input type="checkbox"/> Ja	_____ Stück pro Tag	<input type="checkbox"/> Nein
6. Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Welche?	_____		
7. Wie hoch ist Ihr Cholesterinspiegel?	<input type="checkbox"/> hoch	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> weiß nicht
8. Leiden Sie an Krampfadern / Venenerkrankungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Leiden Sie an Osteoporose?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
10. Leiden Sie an Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Welcher Typ?	<input type="checkbox"/> Asthma Bronchiale <input type="checkbox"/> Allergisches Asthma		
11. Haben Sie Gelenkprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Wo?	<input type="checkbox"/> Knie links <input type="checkbox"/> Schulter links <input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Knie rechts <input type="checkbox"/> Schulter rechts <input type="checkbox"/> Ellbogen links <input type="checkbox"/> Ellbogen rechts	<input type="checkbox"/> Fuß links <input type="checkbox"/> Fuß rechts
12. Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wo?	<input type="checkbox"/> LWS	<input type="checkbox"/> BWS	<input type="checkbox"/> HWS
Bandscheibenvorfall	Wenn ja, Datum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Operiert	Wenn ja, Datum	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
13. Haben Sie Probleme mit Ihrem Blutdruck?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/> zu hoch	<input type="checkbox"/> zu niedrig	
14. Hatten Sie bereits... ?	<input type="checkbox"/> Angina Pectoris <input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt	<input type="checkbox"/> Herzrhythmusstörungen <input type="checkbox"/> arterielle Durchblutungsstörung
15. Kommen Sie auf ärztliche Empfehlung zu uns?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, Name des Arztes...	_____		

Nur für Frauen

16. Haben Sie in den letzten 6 Monaten entbunden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
17. Sind Sie zur Zeit Schwanger?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Nur für Personen die älter als 50 Jahre sind

18. Haben Sie im letzten Jahr regelmäßig Sport gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
19. Haben Sie in den letzten 6 Monaten ein Belastungs-EKG gemacht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, bitte holen Sie es nach! Einverstanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich lege in den nächsten Wochen eines vor	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
20. Sonstige / Wichtige Angaben zum Training:	_____	

Hiermit bestätige ich, dass meine Angaben richtig sind	Datum	Unterschrift	
--	-------	--------------	--