

Gesundheitsfragebogen

A) Personalien

Name	_____	Geburtsdatum	_____
Vorname	_____	Telefon	_____
Strasse /Nr.	_____	Email	_____
PLZ/Ort	_____		

B) Körpermasse

Grösse	_____	Gewicht	_____
--------	-------	---------	-------


C) Aktivitäten

Mit hauptsächlichlicher Belastung im Beruf:	_____
Wie beurteilen Sie Ihre eigene Fitness?	_____
Waren Sie schon einmal im Fitnesstraining?	_____
Wenn ja, wie oft pro Woche?	_____
Sportart/en	_____
Sporthäufigkeit (Std./Woche)	_____

D) Risikofaktoren

		Punkte			Punkte
Alter	>45 Jahre	<input type="checkbox"/> 10	Geschlecht	Männlich	<input type="checkbox"/> 2
	>35 Jahre	<input type="checkbox"/> 4		Weiblich	<input type="checkbox"/> 0
	<35 Jahre	<input type="checkbox"/> 0	Herzkrankheiten in der Familie	<60 Jahre	<input type="checkbox"/> 16
Herzkrankheiten	Ja	<input type="checkbox"/> 40		>60 Jahre	<input type="checkbox"/> 6
	Nein	<input type="checkbox"/> 0		Keine	<input type="checkbox"/> 0
Blutdruck	Hoch	<input type="checkbox"/> 8	Raucher	>2 Päckli	<input type="checkbox"/> 10
	Unbekannt	<input type="checkbox"/> 4		1-2 Päckli	<input type="checkbox"/> 6
	Normal	<input type="checkbox"/> 0		0 Päckli	<input type="checkbox"/> 0
Gewicht	Übergewicht	<input type="checkbox"/> 4	Trainingszustand	kein Training	<input type="checkbox"/> 10
	Untergewicht	<input type="checkbox"/> 1		1x/Woche	<input type="checkbox"/> 2
	Normalgewicht	<input type="checkbox"/> 0		2x/Woche	<input type="checkbox"/> 0
Punktzahl			Punktzahl		
			Totalpunktzahl		
<input type="checkbox"/> 0-19 Punkte		=	Guter Gesundheitszustand		
<input type="checkbox"/> 20-39 Punkte		=	Verbesserung der Gesundheit empfohlen		
<input type="checkbox"/> ab 40 Punkte		=	Ärztliche Kontrolle verlangt		

E) Allgemeine Medizinische Fragen

Wie stufen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand auf folgender Skala ein.	
Hat Ihnen Ihr Arzt Auflagen in Bezug auf Training/Sport/Belastung gemacht? Wenn ja, welche?	
Stehen Sie gegenwärtig in ärztlicher Behandlung? Wenn ja, weshalb?	
Waren Sie in den letzten 3 Wochen krank? Wenn ja, mit welchen Symptomen?	
Nehmen Sie Medikamente? Wenn ja, welche?	
Für Frauen: Sind Sie schwanger?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

F) Angaben zu Herz/Kreislauf

	Ja	Nein	Bemerkungen
Leiden Sie an Angina Pectoris, oder Herzrhythmusstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Erlitten Sie in der Vergangenheit einen Herzinfarkt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hatten Sie eine Herzoperation?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie an Durchblutungsstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter gestörter Blutgerinnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter häufigem Schwindel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter niedrigem Blutdruck?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Cholesterin?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> hoch <input type="checkbox"/> unbekannt

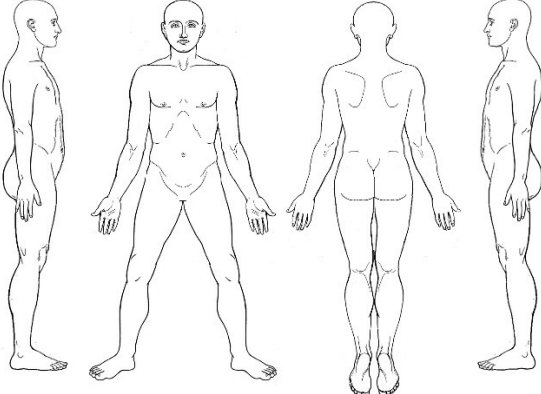
G) Atemwegserkrankungen/Allergien

	Ja	Nein	Wann auftretend / Welcher Art
Leiden Sie unter Atemnot?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Asthma / Bronchitis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

H) Andere Beschwerden oder Erkrankungen

	Ja	Nein	Bemerkungen
Innere Organe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Neurologische	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Epilepsie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hautkrankheiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

I) Krankheiten des Bewegungsapparates

	Ja	Nein	Bemerkungen/Lokalisation
<input type="checkbox"/> Operation/en	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Knochenbrüche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gelenksbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rückenbeschwerden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Momentane Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bitte zeichnen Sie Ihre Schmerzen oder Einschränkungen am Bewegungsapparat ein.			

J) Zielsetzung

Fitness		
<input type="checkbox"/> Gute Figur & Haltung	<input type="checkbox"/> Gesundheit stabilisieren	<input type="checkbox"/> Bewegungslust ausleben
<input type="checkbox"/> Selbstbewusstsein stärken	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Gesundheit		
<input type="checkbox"/> Fettabbau	<input type="checkbox"/> Rückentraining	<input type="checkbox"/> Herz & Kreislauftraining
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Leistung		
<input type="checkbox"/> Muskelaufbau	<input type="checkbox"/> Krafttraining	<input type="checkbox"/> Sportspezifisch
<input type="checkbox"/> Ausgleichstraining	<input type="checkbox"/> Sonstiges	
Zeithorizont für die Zielerreichung _____		
Wie oft wollen Sie pro Woche trainieren? <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> mehr		
Bemerkungen:		

K) Wie wurden Sie auf uns aufmerksam

<input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Empfehlung vom Arzt <input type="checkbox"/> Zufall
Empfehlung durch: _____
Sonstiges:

L) Erklärungen & Hinweise

Diese Daten werden für Ihre optimale Trainingsberatung benötigt. Stellen einzelne Punkte eine Gefahr für Sie dar, behalten wir uns vor, von Ihnen vor dem Trainingsbesuch eine ärztliche Kontrolle zu verlangen. Bestätigt ein Arzzeugnis, dass keine Gefahr besteht, kann das Training aufgenommen werden.

Als physiotherapeutisch geführtes Trainingsinstitut unterliegen wir der gesetzlichen ärztlichen Schweigepflicht! Die erhobenen Daten sind deshalb nur für den internen Gebrauch und werden ohne Ihr Wissen nicht an Dritte weitergeleitet.

M) Beurteilung

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trainingsaufnahme ohne Einschränkung | <input type="checkbox"/> Trainingsaufnahme unter Zustimmung durch* |
| <input type="checkbox"/> Trainingsaufnahme mit Einschränkung | <input type="checkbox"/> Hausarzt* <input type="checkbox"/> Andere* |

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und anerkennen unsere Entscheide und Bestimmungen.

Ort:/Datum

Ihre Unterschrift

Unsere Unterschrift
