

Gesundheitsfragebogen

Name: _____ **Vorname:** _____

Strasse: _____ **Telefon:** _____

Wohnort: _____ **Geb.:** _____

Kontaktperson im Notfall: _____

Belastung im Beruf: (bitte ankreuzen)

viel stehen	0	viel Stress	0
viel sitzen	0	oft bücken	0
schwer heben	0	lange Autofahrt	0
Sonstiges	_____		

Rücken: (bitte ankreuzen)

Haltungsschwäche	0	Wirbelverschleiß	0
Beschwerden HWS	0	Wirbelverschiebung	0
Beschwerden BWS	0	Bandscheibenschaden	0
Beschwerden LWS	0		

Sonstiges _____

zur Zeit akute Beschwerden? ja 0 nein 0

Herz- Kreislauf: (bitte ankreuzen)

Herzerkrankung (Infarkt...)	0	Fieber in letzter Zeit	0
Herzfehler / Schwäche	0	Bluthochdruck	0
Herzstechen	0	Asthma	0
Atemnot in Ruhe oder Belastung	0	Schilddrüsenerkrankung	0
Gefäßfunktionsstörung	0	Arteriosklerotische Erkrankung	0
Fettstoffwechselstörung	0		
Diabetes Typ 1 0 Typ 2 0			

Sonstiges _____

Zur Zeit akute Beschwerden ja 0 nein 0

Gelenkprobleme: (bitte ankreuzen)

Ellenbogen	0	Fuß	0
Handgelenk	0	Hüfte	0
Schulter	0	Knie	0
Gicht	0		

Sonstiges

Zur Zeit akute Beschwerden ja 0 nein 0

Regelmäßige Medikamente ja 0 nein 0

wenn ja, welche: _____

Behandelnder Arzt: _____

Sollte ein Gesundheitsrisiko bei Ihnen vorliegen, wäre es ratsam vor dem Trainingsbeginn das ärztliche OK einzuholen !

Datum, Unterschrift _____