

# Gesundheitsfragebogen

Liebe Kurs - Teilnehmer/in

Zu Ihrer Sicherheit bitten wir Sie, den Fragebogen vollständig auszufüllen und in der ersten Lektion der Kursleitung abzugeben. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

1. Hat Ihnen Ihr Arzt / Ihre Ärztin 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. Leiden Sie unter Asthma?  ja  nein
4. Leiden Sie unter Epilepsie?  ja  nein
5. Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen bei körperlicher Belastung?  ja  nein
6. Hatten Sie im letzten Monat Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen ohne körperliche Belastung?  ja  nein
7. Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden? Wenn ja: wann? \_\_\_\_\_ Grund: \_\_\_\_\_  ja  nein
8. Ich nehme zur Zeit Medikamente:  ja  nein  
wenn ja: erlaubt mir der Arzt, Sport zu treiben?  ja
9. Hat Ihnen der Arzt / die Ärztin kürzlich Medikamente gegen Bluthochdruck oder zur Herzstärkung verschrieben?  ja  nein
10. Risikofaktoren:
 

Diabetes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
Cholesterinwerte zu hoch?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> weiss nicht
11. Haben Sie ein Problem an Rücken oder Gelenken?  ja  nein  
Wenn ja, welche:
 

<input type="checkbox"/> Nacken	<input type="checkbox"/> Schulter	<input type="checkbox"/> Arthrose / Rheuma
<input type="checkbox"/> Brustbereich	<input type="checkbox"/> Hüfte	<input type="checkbox"/> Schleudertrauma
<input type="checkbox"/> Lendenbereich	<input type="checkbox"/> Knie	<input type="checkbox"/> Osteoporose
12. Haben Sie Angst vor Tiefwasser? (nur Aqua)  ja  nein
13. Sind Sie Nichtschwimmerin / Nichtschwimmer? (nur Aqua)  ja  nein
14. Grund für den Kurs Besuch? \_\_\_\_\_
15. Wurde empfohlen durch \_\_\_\_\_

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt. Zudem nehme ich Kenntnis davon, dass die Kursleitung jede Haftung ablehnt. Versicherung ist Sache der Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer.

Ort und Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_