

Gesundheitsfragebogen

Therapeut: _____

Datum: _____

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Beruf: _____ Hobbies: _____

Persönliche Fragen:

- Wie wurden Sie auf uns aufmerksam? _____
- Ihre Trainingsziele: _____
- Wie lange überlegen Sie sich schon, mit Fitness zu beginnen? _____
- Haben Sie schon einmal Fitness gemacht? ja nein
Wenn ja, wo und wie oft? _____
- Betreiben Sie regelmässig Sport? ja nein
Wenn ja, was und wie oft? _____
- Wie oft pro Woche können Sie sich für Ihr persönliches Training Zeit nehmen? _____
- Wie beurteilen Sie Ihre persönliche Fitness? schlecht genügend mittel gut sehr gut

Risikofaktoren für Herz-/Kreislaufkrankungen:

- | | | | |
|-----------------|-----------------------|----|--------------------------|
| 1. Alter | über 45 | 10 | <input type="checkbox"/> |
| | über 35 | 4 | <input type="checkbox"/> |
| | unter 35 | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 2. Geschlecht | männlich | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | weiblich | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 3. Pers. Fragen | Herzfehler/Infarkt | 40 | <input type="checkbox"/> |
| | Herzschrittmacher | 40 | <input type="checkbox"/> |
| | Rhythmusstörungen | 40 | <input type="checkbox"/> |
| | keine Herzschwäche | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 4. Familie | Herzinfarkt vor 60 | 16 | <input type="checkbox"/> |
| | Herzinfarkt nach 60 | 6 | <input type="checkbox"/> |
| | kein Herzinfarkt | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 5. Blutdruck | Bluthochdruck bekannt | 8 | <input type="checkbox"/> |
| | Wert unbekannt | 4 | <input type="checkbox"/> |
| | normal / tief | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 6. Rauchen | 2 Packungen & mehr | 10 | <input type="checkbox"/> |
| | 1 bis 2 Packungen | 6 | <input type="checkbox"/> |
| | weniger als 1 Packung | 3 | <input type="checkbox"/> |
| | Nichtraucher | 0 | <input type="checkbox"/> |
| 7. Gewicht | Übergewicht | 4 | <input type="checkbox"/> |
| | Normalgewicht | | |
| | Gr - 100/+ - 10% | 0 | <input type="checkbox"/> |
| | Gew: _____ Gr: _____ | | |
| 8. Bewegung | kein Training | 10 | <input type="checkbox"/> |
| | regelm. 1x pro Woche | 2 | <input type="checkbox"/> |
| | mind 2x pro Woche | 0 | <input type="checkbox"/> |
| | Total Punkte _____ | | |

Medizinische Fragen:

- | | ja | nein |
|---|--|--------------------------|
| 9. Aktuelle Beschwerden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| a) Gelenke | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Wirbelsäule | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Sonstiges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Beschwerden unter körperlicher Belastung (Asthma, Bronchitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Erkrankungen der Atemwege (Bronchitis) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Stoffwechselerkrankungen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Operationen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. Beschwerden infolge Operation | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, welche: _____ | | |
| 16. Schwangerschaft | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. Sind Sie in ärztl. Behandlung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| wenn ja, warum: _____ | | |
| 18. Machen Sie zur Zeit eine Diät? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 19. Leiden Sie unter Stress? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Wurde je ein Belastungs-EKG durchgeführt? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Sonstiges: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 40 und mehr Punkte | Arztbesuch empfohlen | |
| 20-39 Punkte | Gesundheitstraining | |
| 0-19 Punkte | keine Trainingseinschränkung (Tabelle gemäss Dr. Probst) | |

Ich bestätige die Richtigkeit obenstehender Angaben

Datum, Ort _____ Unterschrift des Kunden _____

Datum, Ort _____ Unterschrift des Therapeuten _____