



Gesundheitsfragebogen

Personalien

Name: _____

Mobile: _____

Vorname: _____

Email: _____

Strasse/Nr.: _____

Geburtsdatum: _____

PLZ/Wohnort: _____

Beruf: _____

Tel. Privat: _____

Zivilstand: _____

Te.I Geschäft: _____

Krankenkasse: _____

Persönliche Fragen

Betreiben Sie regelmässig Sport?

Ja

Nein

Wenn ja, was?

und wie oft in der Woche?

Was ist Ihr Trainingsziel?

Wie oft pro Woche können/wollen Sie sich für Ihr Training Zeit nehmen?

Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?

Gesundheitsfragen

Rückenprobleme?

Ja

Nein

Wenn ja, wo?

Gelenksprobleme?

Ja

Nein

Operationen?

Ja

Nein

Nehmen Sie Medikamente?

Ja

Nein

Beschwerden unter körperlicher Belastung?

Ja

Nein

Asthma?

Ja

Nein

Krampfadern?

Ja

Nein

Stress?

Ja

Nein

Bronchitis?

Ja

Nein

Ärztliche Behandlung?

Ja

Nein

Therapeutische Behandlung?

Ja

Nein

Stoffwechselerkrankungen? Schilddrüse, Blutzucker?

Ja

Nein

Schwangerschaft?

Ja

Nein

Machen Sie zurzeit eine Diät?

Ja

Nein



Risikofaktoren

Alter	über 45	10
	über 35	4
	bis 35	0
Herz-Kreislauf	Herzfehler	40
	Herzinfarkt	40
	Rhythmusstörungen	40
	Keine Herzschwäche	0
Familie	Herzinfarkt vor 60?	16
	Herzinfarkt nach 60?	6
Blutdruck	Hoch	8
	Unbekannt	4
	Normal, tief	0
Gewicht	Übergewicht	4
	Normalgewicht	0

Total Punktezahl: _____

Risikobewertung

Punktezahl:	Empfehlung:
36 und mehr	Arztbesuch empfohlen
20 - 35	Gesundheitstraining
0 - 19	regelmässiges Training

Versicherung ist Sache des Teilnehmers

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Datum: _____

Unterschrift: _____