



Gesundheitsfragebogen

1. Persönliche Angaben

Vor- und Nachname: _____

Geburtsdatum: __ / __ / __

Alter: ____ Jahre

Geschlecht: ☐ männlich ☐ weiblich ☐ divers

Adresse: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt (Name + Telefonnummer): _____

2. Allgemeine Gesundheitsfragen

☐ Ja ☐ Nein – Wurde bei Dir jemals eine Herz-Kreislauf-Erkrankung diagnostiziert?

☐ Ja ☐ Nein – Leidest Du an Bluthochdruck?

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du Atemwegserkrankungen (z. B. Asthma)?

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du Diabetes?

☐ Ja ☐ Nein – Leidest Du bei körperlicher Belastung unter Brustschmerzen?

☐ Ja ☐ Nein – Hattest Du im letzten Jahr Schwindel oder Ohnmachtsanfälle?

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du aktuell Schmerzen oder Beschwerden bei körperlicher Aktivität?

☐ Ja ☐ Nein – Nimmst Du regelmässig Medikamente ein? Wenn ja, welche:

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du Allergien oder Unverträglichkeiten? Wenn ja, welche:

☐ Ja ☐ Nein – Bist Du aktuell in ärztlicher Behandlung?



3. Orthopädische Gesundheit

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du Rückenprobleme?

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du Gelenkprobleme (Knie, Hüfte, Schulter etc.)?

☐ Ja ☐ Nein – Hattest Du Operationen oder größere Verletzungen?

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du Bewegungseinschränkungen?

☐ Ja ☐ Nein – Hast Du chronische Schmerzen? Wenn ja, bitte kurz beschreiben:

4. Aktuelle körperliche Aktivität

☐ Ja ☐ Nein – Treibst Du aktuell regelmässig Sport?

Wenn ja:

Sportarten: _____

Häufigkeit pro Woche: _____

Dauer pro Einheit: _____ Minuten

5. Lebensstil

Stresslevel: ☐ niedrig ☐ mittel ☐ hoch

Schlafdauer: _____ Stunden pro Nacht

Einschlafprobleme: ☐ Ja ☐ Nein Durchschlafprobleme: ☐ Ja ☐ Nein

Rauchen: ☐ Ja ☐ Nein

Alkoholkonsum pro Woche: _____ Einheiten

Ernährung: ☐ ausgewogen ☐ überwiegend ungesund ☐ vegetarisch/vegan ☐ andere:



6. Trainingsziele (Mehrfachauswahl möglich)

- ☐ Gewichtsreduktion
- ☐ Muskelaufbau
- ☐ Verbesserung der Ausdauer
- ☐ Beweglichkeit / Mobilität
- ☐ Rehabilitation / Schmerzreduktion
- ☐ Sonstiges: _____

7. Fitness-Selbsteinschätzung

- ☐ Anfänger ☐ Fortgeschritten ☐ Sehr fit / sportlich

8. Zusätzliche Gesundheitsdaten

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Ruhepuls: _____ bpm

Schmerzen aktuell? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, Ort & Intensität (1-10): _____

Schwangerschaft: ☐ Ja ☐ Nein

Ärztliche Trainingsfreigabe erhalten? ☐ Ja ☐ Nein

9. Einverständniserklärung

Ich bestätige, dass ich die Fragen wahrheitsgemäss beantwortet habe und meinen Trainer über Änderungen meines Gesundheitszustandes informiere.

Ort / Datum: _____

Unterschrift: _____