

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient Ihrer Sicherheit und ermöglicht uns zu beurteilen, ob der Kurs für Sie ein Risiko darstellen kann. Alle Angaben werden vertraulich behandelt. Es werden keine Daten elektronisch erfasst oder an Drittpersonen weitergegeben.

Die Abgabe des unterschriebenen Gesundheitsfragebogens ist Voraussetzung um einen Kurs der (Firmenname) besuchen zu können.

Personalien

Name:	Vorname:
Adresse:	
Telefon:	Natel:
Geburtsdatum:	E-Mail:

Persönliche Fragen Treiben Sie regelmässig Sport? Noch nicht 1x pro Woche x
2–3x pro Woche mehr als 3x pro Woche

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Welche Sport- bzw. Bewegungsarten?

Was sind Ihre sportlichen Ziele?

Wie oft pro Woche werden Sie sich für Bewegung Zeit nehmen?

Gesundheitsfragen:

(gemäss Empfehlung der Schweizerischen Gesellschaft für Sportmedizin)

Hat Ihnen Ihr Arzt oder Ärztin je geraten, sich erst nach einer gründlichen Untersuchung körperlichen zu betätigen? ja nein

Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel oder das Bewusstsein Verloren? ja nein

Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Herzerkrankung bekannt? ja nein

Haben Sie Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen bei körperlicher Belastung? ja nein

Hatten Sie im letzten Monat oder früher schon Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen ohne körperliche Belastung? ja nein

nein
Wurden Ihnen kürzlich Medikamente gegen Bluthochdruck oder zur Herzstärkung ärztlich verordnet? ja nein

Leiden Sie unter Atemwegproblemen (Asthma, Bronchitis udgl.)? ja nein

Rauchen Sie? ja nein

Haben sie Rückenprobleme? ja nein

Haben Sie ein Knochen oder Gelenkproblem (Bänder, Arthrose udgl.),
dass sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte? ja nein

Neurologische Erkrankungen (Nervensystem, Epilepsie, MS, Migräne udgl.)?
nein ja nein

Leiden Sie unter Hauterkrankungen (Allergien, Neurodermitis udgl.)? ja nein

Sind Augenprobleme bekannt (Augendruck, starke Fehlsicht udgl.)?
nein ja nein

Sind Probleme des Gehörs vorhanden (Beschädigung des Trommelfells,
Paukenröhrchen, Gleichgewichtstörungen udgl.)? ja nein

Bestehen angeborene Einschränkungen geistiger und körperlicher Art?
nein ja nein

Falls Sie regelmässig Medikamente zu sich nehmen, unter Stoffwechselerkrankungen leiden,
zurzeit eine Diät machen oder einer der obigen Fragen mit ja beantwortet haben, sprechen
Sie sich mit einem Arzt / Ärztin ab, ob eine sportliche Aktivität erlaubt ist.

Risikofaktoren:

Zuckerkrankheit (Diabetes) ja nein

Herz- und Kreislaufprobleme ja nein

Bluthochdruck ja nein

Bestätigung:

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und wahrheitsgemäss ausgefüllt.
Falls sich wesentliche Veränderungen zu meinen Angaben ergeben, werde ich den
Gesundheitsfragebogen berichtigen.

Ich kann die Kursleitung, den Kursleiter oder die Kursleiterin betreffend meine Gesundheit
und gesundheitlichen Folgen nicht haftbar machen.

Ort/Datum:

Unterschrift: