

Gesundheitsfragebogen

Name/Vorname _____

Geburtsdatum _____

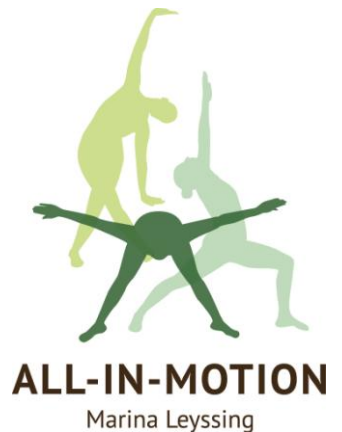
Adresse _____

PLZ/Ort _____

Mobile _____

E-Mail _____

Beruf _____



Persönliche Fitness

1. Was ist deine durchschnittliche körperliche Aktivität der letzten sechs Monate (30+ Minuten mit deutlicher Pulserhöhung)

täglich 2-4 wöchentlich wöchentlich gelegentlich keine

2. Wie beurteilst du deine persönliche Fitness?

sehr gut gut mittel genügend schlecht

3. Welche körperlichen Aktivitäten hast du in den letzten 6 Monaten betrieben?

Ärztliche Behandlung/Medikamenteneinnahme

4. Bist du zurzeit in ärztlicher Behandlung?

Ja Nein

5. Nimmst du zurzeit Medikamente ein?

Ja Nein

Wenn JA, welche? _____

Atemwege

6. Leidest du unter Asthma oder chronischer Bronchitis?

Ja Nein

Herzrisikofaktoren

7. Ist bei dir eine Herzerkrankung bekannt?

- Ja Nein

8. Hattest du je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen mit oder ohne körperliche Belastung?

- Ja Nein

9. Hast du schon das Bewusstsein verloren oder bist du schon wegen Schwindel gestürzt?

- Ja Nein

10. Hat dir jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder Herzproblemen verschrieben?

- Ja Nein

Bewegungsapparat

11. Hast du Probleme an Gelenken, Knochen und/oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten?

- Ja Nein

Falls Ja: Welche?

- Rücken
 Schultern
 Knie
 Hüfte
 Andere:

Risikofaktoren

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|---|
| Ich bin zuckerkrank (Diabetes Mellitus) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |
| Ich bin stark übergewichtig | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |
| Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |
| Ich habe einen zu hohen Blutdruck | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Weiss es nicht |

Work-Life-Balance

- | | Ja | Nein | Es geht |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| - Fühlst du dich zurzeit durch deine Arbeit gestresst? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Hast du Mühe, ein- oder durchzuschlafen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| - Fühlst du dich am Morgen nach dem Aufstehen ausgeruht? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Konditionelle Faktoren

Wie wichtig in einer Skala von 1 (unwichtig) bis 10 (sehr wichtig) sind dir folgende Faktoren?

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Kraft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beweglichkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausdauer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schnelligkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Koordination	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Damit auch bezüglich Gesundheitsrisiko stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichtet sich die unterzeichnende Kundin / Kunde, die Trainerin über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung und/oder einer allfälligen aktuellen Medikamenteneinnahme im Vergleich zu den vorgehenden Angaben umgehend zu informieren.

Ort, Datum _____

Unterschrift des Kunden _____

Unterschrift der Trainerin _____



ALL-IN-MOTION

Marina Leyssing