



Beginn: \_\_\_\_\_

# Gesundheitsfragebogen

Ende: \_\_\_\_\_

## Personalien

Name:	Vorname:
<input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich	Geburtsdatum:
Adresse:	
PLZ:	Ort:
Tel. P.:	Beruf
Tel. G.:	Hausarzt:
Mobile:	KK:
Email:	Versicherungs-Nr.:

## Persönliche Fragen

Treiben Sie regelmässig Sport?

Noch nicht  1x pro Woche  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

Besteht Ihres Wissens einen Grund, dass Sie nicht trainieren dürfen ohne ärztliche/ medizinische Abklärung?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren, oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindels gestürzt?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck

oder gegen ein Herzproblem verschrieben?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Leiden Sie unter Atemwegsproblemen? (z.B. Asthma, Bronchitis)

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Haben Sie Rückenprobleme?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Leiden Sie an anderen nicht erwähnten Krankheiten/ Unfallfolgen?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

Nehmen Sie regelmässig Medikamente?

\_\_\_\_\_  Ja  Nein

**Risikofaktoren**

Zuckerkrank (Diabetes) \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Zu hohe Blutfette \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Herz- und Kreislaufprobleme, Herzfehler, Bluthochdruck \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Bodymassindex > 25 \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Rauchen Sie? \_\_\_\_\_

Ja  Nein

Bemerkungen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift Kunde \_\_\_\_\_

Unterschrift Betreuer \_\_\_\_\_

Die Informationen werden von der Physical Center Mavric AG ausschliesslich im Zusammenhang mit dem von Ihnen abgeschlossenen Abo verwendet. Daten werden nur intern verwendet und vertraulich behandelt.