



Beginn: _____

Gesundheitsfragebogen

Ende: _____

Personalien

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

Bestehen Ihres Wissens Gründe, dass Sie ohne ärztliche/medizinische Abklärung nicht trainieren dürfen?

_____ 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.