

Gesundheits-Eingangsfragebogen: Aqua-Fitness u. Aqua-Nordic-Walking

Sehr geehrte Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer,

mit der Beantwortung dieses Fragebogens helfen Sie uns, dass wir Sie in unseren Kursen optimal betreuen können. Selbstverständlich werden Ihre Antworten vertraulich behandelt, evtl. Fragen besprechen wir gerne mit Ihnen persönlich. **Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen dem Datenschutz.** In unseren Kursangeboten stehen die Angebote zur Verbesserung Ihrer Gesundheit im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Wenn Sie nach längerer Unterbrechung **erstmalig** an einem Bewegungs- und Sportprogramm teilnehmen, ist eine Beratung durch Ihren Hausarzt empfehlenswert!.

Name:		Vorname	

Alter: _____ Größe: _____ cm Gewicht: _____ Kg			
Sind Sie sportlich aktiv? <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN wie viele Stunden/Woche <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Welche Sportarten bzw. Aktivitäten betreiben Sie vorwiegend?		1. _____ 2. _____	
Schätzen Sie bitte Ihren augenblicklichen Fitnesszustand ein:	<input type="checkbox"/> durchtrainiert	<input type="checkbox"/> voll belastbar	
	<input type="checkbox"/> normal trainiert	<input type="checkbox"/> belastbar	
	<input type="checkbox"/> untrainiert	<input type="checkbox"/> weniger belastbar	
Können Sie schwimmen <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN			
Kennen Sie Ihren...			
... Ruhepuls	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Schläge/Minute
... Blutdruck	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> / <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> mm/HG
Leiden Sie unter ...			
... erhöhten Blutfetten	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
... Diabetes	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT

... Erkrankungen

- | | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| - der Atmungsorgane | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> UNBEKANNT |
| - des Herz-Kreislauf-Syst. | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> UNBEKANNT |
| - starkem Stress | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> UNBEKANNT |
| - Infarktfanfälligkeit | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> UNBEKANNT |
| - Verletzungen oder
oder Entzündungen | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> UNBEKANNT |

Sind Sie Raucher/-in? JA NEIN

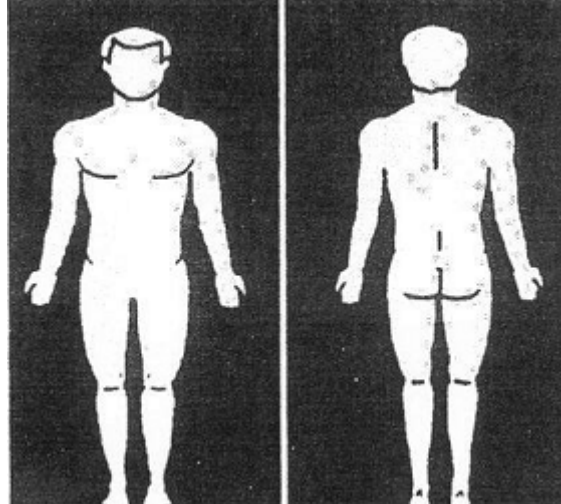
Haben Sie Gewichtsprobleme JA NEIN

Haben Sie chronische Erkrankungen JA NEIN

Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein JA NEIN

Haben Sie sich von Ihrem
Hausarzt vor dem Kurs beraten
lassen? JA NEIN

Bitte markieren Sie die Körperstellen, wo Sie häufig Beschwerden haben!



Datum

Unterschrift