

Materialsammlung - G.U.T.**Arbeitsblatt****GA01****Gesundheit - Eingangsfragebogen**

Sehr geehrte Kursteilnehmerinnen und Kursteilnehmer,

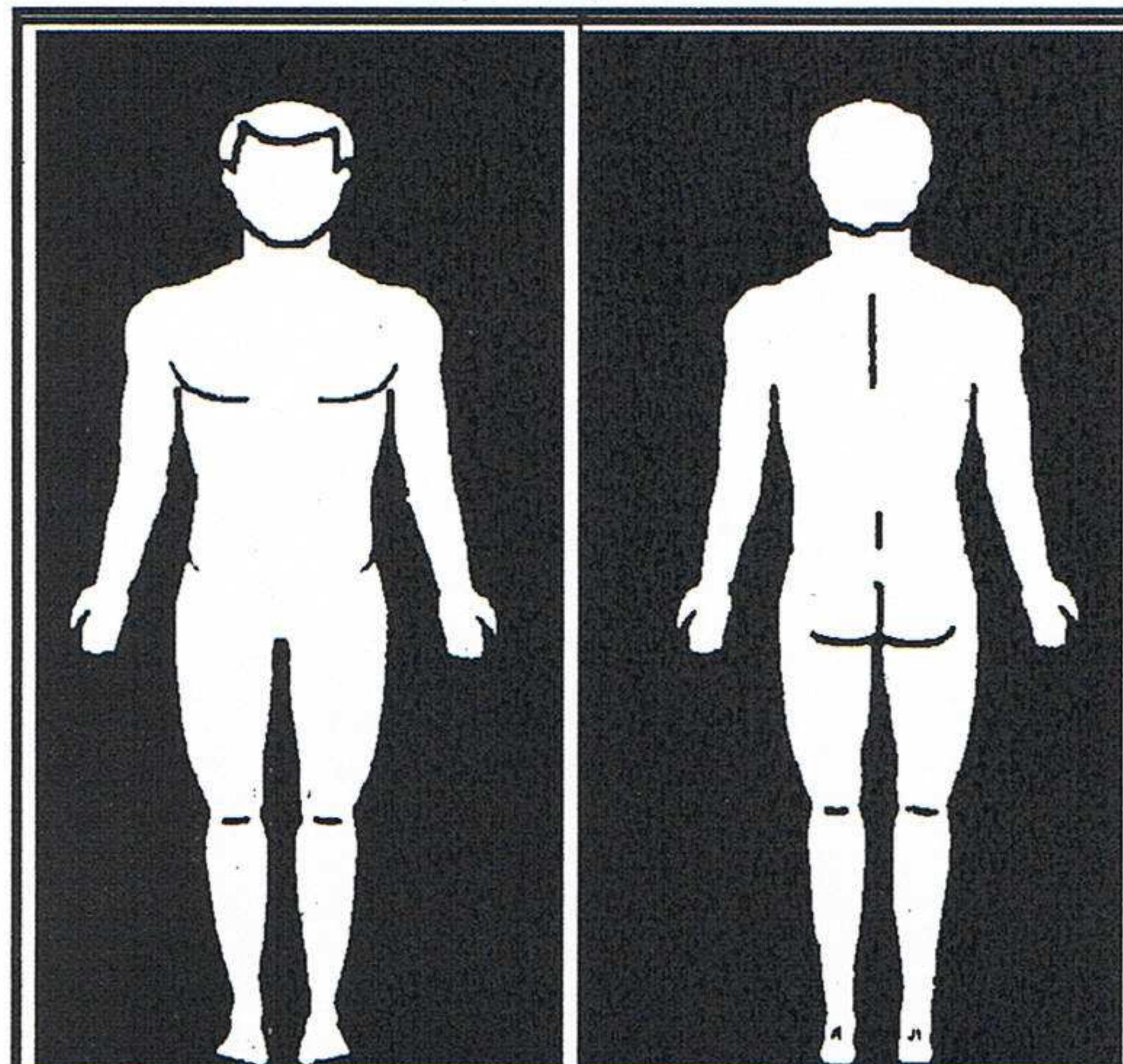
mit der Beantwortung dieses Fragebogens helfen Sie uns, dass wir Sie in unseren Kursen optimal betreuen können. Selbstverständlich werden Ihre Antworten vertraulich behandelt, eventuelle Fragen besprechen wir gern mit Ihnen persönlich. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen dem Datenschutz. In unseren G.U.T.- 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.

Verein:		Kurs:	
---------	--	-------	--

Name:		Vorname:	
-------	--	----------	--

Alter	<input type="text"/> <input type="text"/>	Größe	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Gewicht	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Sind Sie sportlich aktiv?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	Stunden/Woche <input type="text"/> <input type="text"/>		
Welche Sportarten bzw. Aktivitäten betreiben Sie vorwiegend?	1. _____ 2. _____				
Schätzen Sie bitte Ihren augenblicklichen Fitnesszustand ein!	durchtrainiert <input type="checkbox"/>	normal trainiert <input type="checkbox"/>	untrainiert <input type="checkbox"/>	voll belastbar <input type="checkbox"/>	belastbar <input type="checkbox"/>
Können Sie schwimmen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA			

Kennen Sie Ihren...?					
...Ruhepuls	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Schläge pro Minute	
...Blutdruck	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	mm/HG	

Leiden Sie unter...?**...erhöhten Blutfetten** NEIN JA UNBEKANNT**...Diabetes** NEIN JA UNBEKANNT**...Erkrankungen****der Atmungsorgane** NEIN JA UNBEKANNT**des Herz- Kreislauf- Systems** NEIN JA UNBEKANNT**...starkem Stress** NEIN JA UNBEKANNT**...Infektanfälligkeit** NEIN JA UNBEKANNT**...Verletzungen oder Entzündungen** NEIN JA UNBEKANNT**Sind Sie Raucher/in?** NEIN JA**Haben Sie Gleichgewichtsprobleme?** NEIN JA**Haben Sie eine chronische Erkrankung?** NEIN JA**Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?** NEIN JA**Haben Sie sich von Ihrem Hausarzt
vor dem Kurs beraten lassen?** NEIN JA**Bitte markieren Sie die Körperstellen, wo Sie häufig Beschwerden haben!****Bemerkungen:**

Bitte notieren Sie Ihre Wünsche, Meinungen und Anregungen:
