

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:	
---------	--	-------	--

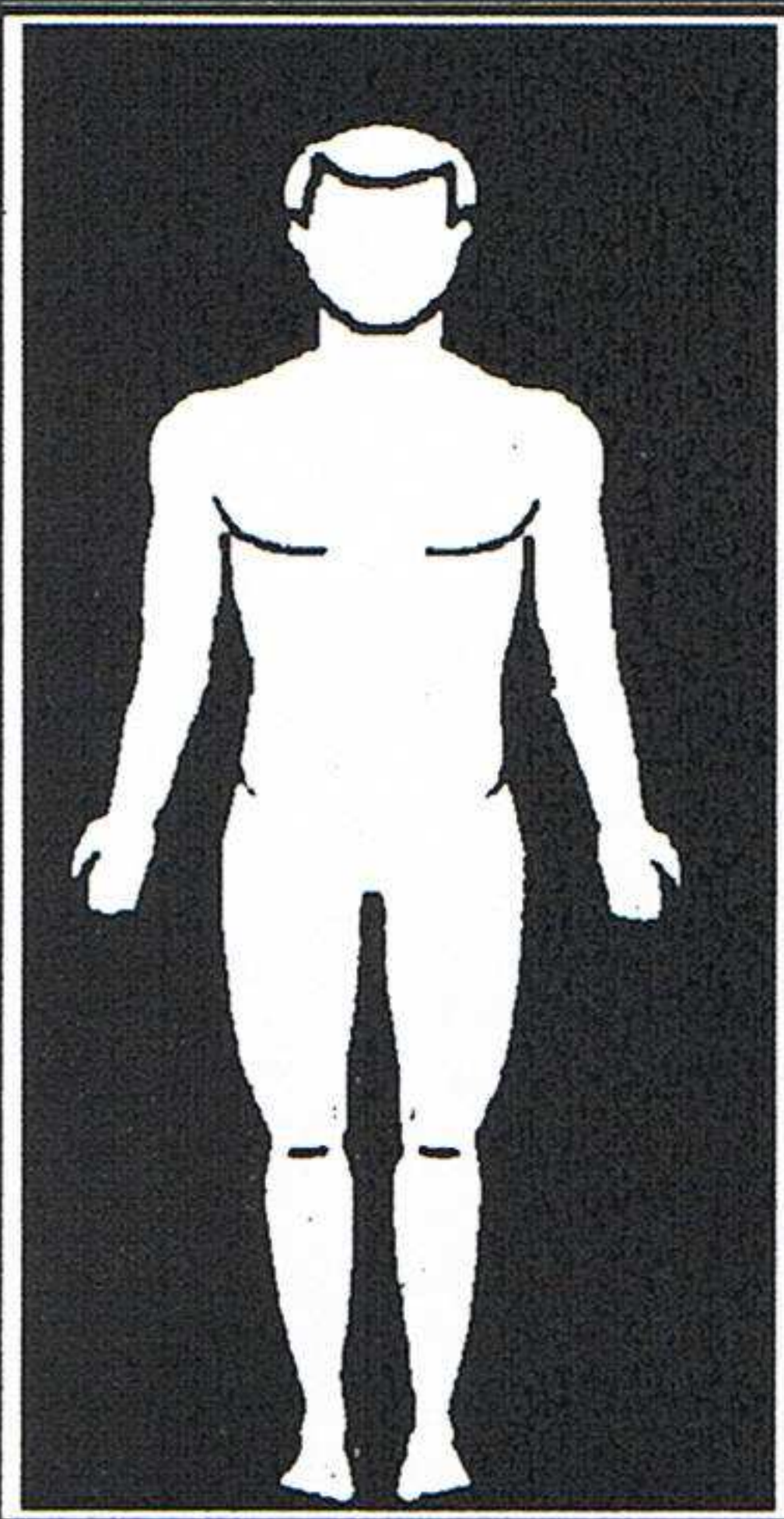
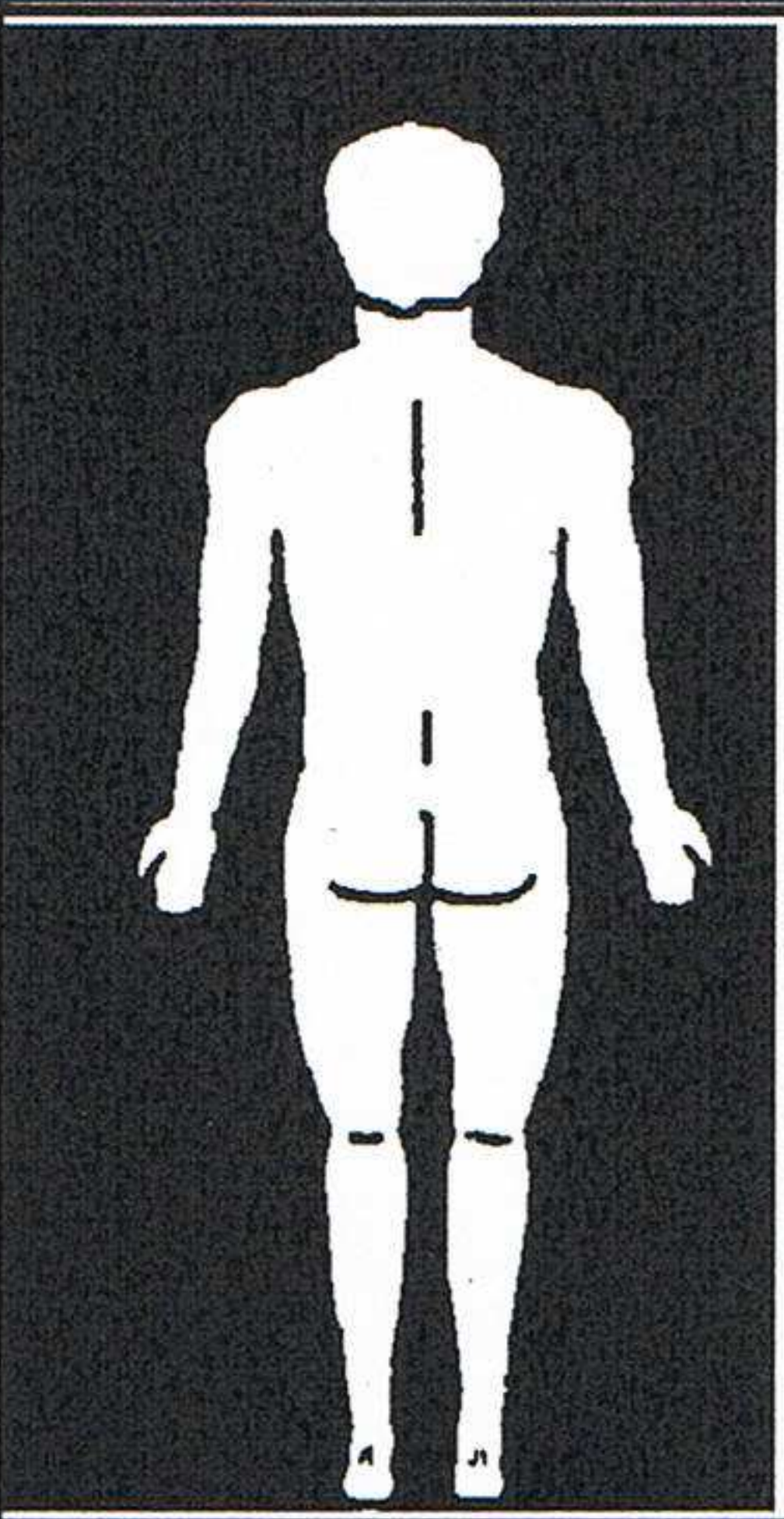
Name:		Vorname:	
-------	--	----------	--

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"/>	voll belastbar	<input type="checkbox"/>	
	normal trainiert	<input type="checkbox"/>	belastbar	<input type="checkbox"/>	
	untrainiert	<input type="checkbox"/>	wenig 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	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
...Diabetes	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
...Erkrankungen			
der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
des Herz- Kreislauf- Systems	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
...starkem Stress	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
...Infektanfälligkeit	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
...Verletzungen oder Entzündungen	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> UNBEKANNT
Sind Sie Raucher/in?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
Haben Sie Gleichgewichtsprobleme?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
Haben Sie eine chronische Erkrankung?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	
Haben Sie sich von Ihrem Hausarzt vor dem Kurs beraten lassen?	<input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> JA	

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

		<p>Bemerkungen:</p> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>
---	---	---

Bitte notieren Sie Ihre Wünsche, Meinungen und Anregungen:
