

Gesundheitsfragebogen

Personalien

Name: _____ Mobile: _____

Vorname: _____ E-Mail: _____

Strasse/Nr.: _____ Geburtsdatum: _____

PLZ/Wohnort: _____ Beruf: _____

Tel. Privat: _____ Zivilstand: _____

Tel. Geschäft: _____ Anzahl Kinder: _____

Persönliche Fragen

Betreiben Sie regelmässig Sport? ja nein

Wenn ja, was _____

und wie oft in der Woche _____

Haben Sie schon einmal in einem Fitnesscenter trainiert? ja nein

Wenn ja, wann war das _____

und wie oft haben Sie pro Woche trainiert

Was ist Ihr Trainingsziel? / Was sind Ihre Trainingsziele?

Wie oft pro Woche können/wollen Sie sich für Ihr Training Zeit nehmen? _____

Wie oft pro Woche/Monat möchten Sie Betreuung durch 4U 4Sport GmbH, Personal Training? _____

Wie wurden Sie auf mich aufmerksam? _____

Besitzen Sie eine Pulsuhr? ja nein wenn ja, welches Modell? _____

Grösse und Gewicht? _____ cm _____ kg

Was sind Ihre Hobbies?

Gesundheitsfragen

Rückenprobleme?.....	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Gelenkprobleme?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Operationen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Beschwerden unter körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Asthma?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Krampfadern?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Stress?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Therapeutische Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Blutzucker)?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Blasenschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Machen Sie zurzeit eine Diät?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____
Wurde jemals ein EKG durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	_____

Risikofaktoren

Alter	über 45	10 <input type="checkbox"/>
	über 35	4 <input type="checkbox"/>
	bis 35	0 <input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf	Herzfehler	40 <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	40 <input type="checkbox"/>
	Rhythmusstörungen	40 <input type="checkbox"/>
	Keine Herzschwäche	0 <input type="checkbox"/>
Familie	Herzinfarkt vor 60?	16 <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt nach 60?	6 <input type="checkbox"/>
Blutdruck	Hoch	8 <input type="checkbox"/>
	Unbekannt	4 <input type="checkbox"/>
	Normal, tief	0 <input type="checkbox"/>
Gewicht	Übergewicht	4 <input type="checkbox"/>
	Normalgewicht	0 <input type="checkbox"/>

Punktezahl Total: _____

Risikobewertung	
Punktezahl:	Empfehlung:
36 und mehr	Arztbesuch empfohlen
20 – 35	Gesundheitstraining
0 – 19	regelmässiges Training

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:

Datum:

Unterschrift: