

Gesundheitsfragebogen

Allgemeine Angaben:

Name: _____ Vorname: _____
Größe (cm): _____ Gewicht (kg): _____ Schwimmer: Nein Ja

Allgemeiner Trainingszustand:

Sind Sie bereits sportlich aktiv? Nein Ja
Wenn ja, welcher Sport und wie oft pro Woche: _____

Welche Dauerbelastungen treten hauptsächlich im Alltag / Beruf auf?
 Sitzen Stehen Wechselnd wenig Bewegung viel Bewegung

Allgemeine Gesundheit und Herz-Kreislauf:

Nein Ja Bestehen bei Ihnen Allergien? Welche? _____
 Nein Ja Besteht bei Ihnen eine Erkrankung, bei welcher ein Kreislaufkollaps, epileptische
Attacken oder ähnliche Anfallsituationen ausgelöst werden können? Welche?

Welche Beschwerden / Erkrankungen sind für Sie zutreffend?

A. Diabetes Mellitus D. Bluthochdruck
B. Asthma Bronchiale E. Schwindel- / Sehstörungen
C. Herzerkrankungen F. Sonstige
Welche? _____

Orthopädische Gesundheit:

Welche Beschwerden/Erkrankungen sind für Sie zutreffend? Bitte spezifizieren Sie gegebenenfalls.

G. Rückenschmerzen _____
H. Muskelschmerzen _____
I. Gelenkschmerzen _____
J. Bewegungseinschränkungen _____
K. Behinderungen _____

Ärztliche Kontrolle:

Nein Ja Sie stehen wegen Ihrer Beschwerden / Erkrankungen unter regelmäßiger ärztlicher
Kontrolle? Welche? (Kürzel A-K eintragen)

Medikamenteneinnahme:

Folgende Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein:

Medikamente zur Einstellung von Diabetes Mellitus
Medikamente zur Blutdruckregulation
Medikamente zur Förderung der Muskelrelaxation
Schmerzstillende Medikamente

Sollten mehrere Fragen mit „Ja“ beantwortet bzw. zutreffend sein, ist es ratsam vor Beginn der Nutzung des Leistungsangebotes einen Arzt zu konsultieren und die Unbedenklichkeit der Teilnahme bescheinigen zu lassen.

Hiermit bestätige ich, dass ich das zugehörige Leistungsangebot auf eigene Verantwortung und auf eigenen Versicherungsschutz nutze.

Ort, Datum

Unterschrift