

Gesundheitsfragebogen

Coaching in Balance

Personalien

- Name, Vorname:
- Adresse:
- PLZ, Ort:
- Telefon:
- E-Mail:
- Geburtsdatum:

Persönliche Fragen

Treiben Sie regelmässig Sport?

Noch nicht 1x pro Woche 2-4x pro Woche mehr als 4x pro Woche

Wenn ja, seit wie vielen Jahren?

Welche Sport- bzw. Bewegungsarten?

Was sind Ihre sportlichen Ziele?

Wie oft pro Woche werden Sie sich für Bewegung Zeit nehmen?

Gesundheitsfragen

	Ja	Nein
Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten «etwas am Herzen» und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren, oder sind Sie ein oder mehrmals wegen Schindwels gestürzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Knochen oder Gelenkproblem, das sich bei körperlicher Aktivität verschlechtern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Atemwegsproblemen? (z. B. Asthma, Bronchitis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn Sie eine Frage mit JA beantwortet haben, kontaktieren Sie bitte einen sportmedizinisch Falls Sie regelmässig Medikamente nehmen, unter Stoffwechselerkrankungen leiden oder zurzeit eine Diät machen, sprechen Sie mit Ihrem Arzt ab, ob sportliche Aktivität erlaubt ist.

Risikofaktoren

	Ja	Nein
Zuckerkrank (Diabetes)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu hohe Blutfette?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herz-Kreislaufprobleme, Herzfehler, Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bodymassindex (BMI kg/m ²) über 25	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rauchen Sie?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort und Datum:

Unterschrift

.....

.....