

Liebe Teilnehmerin, liebe Teilnehmer,
wir freuen uns, dass Sie sich zu unserem Kurs

angemeldet haben. Um Sie während des Kurses gut betreuen zu können, bitten wir Sie im Vorweg, uns einige Fragen zu Ihrer Gesundheit zu beantworten. Die Beantwortung der Fragen ist freiwillig. Sollten Ihnen einzelne Fragen unklar erscheinen, lassen Sie sie zunächst frei und besprechen Sie diese und die Notwendigkeit ihrer Beantwortung mit Ihrem behandelnden Therapeuten persönlich. Ihre Angaben sind selbstverständlich vertraulich und unterliegen dem Datenschutz. Es wird darauf hingewiesen, dass zu diesem Fragebogen eine verpflichtende datenschutzrechtliche Aufklärung gehört, die Ihnen von uns zu Ihrer weiteren Verfügung ausgehändigt wird.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig durch, kreuzen Sie die zutreffenden Antworten an und füllen ggf. die Freie Text Felder aus.

Name: _____

Anschrift: _____

Geschlecht _____ weiblich _____ männlich _____ divers **Alter** _____

Mein Trainingszustand _____ niedrig _____ durchschnittlich _____ gut _____ sehr gut

Ich wurde mich als körperlich fit und gesund bezeichnen _____ ja _____ nein _____ eingeschränkt

Wie sieht Ihre Körperhaltung bzw. Bewegung tagsüber überwiegend aus?

_____ gehend _____ stehend _____ sitzend _____ gebückt _____ hebend _____ tragend

	Ja	Nein
Haben / hatten Sie Beschwerden, Einschränkungen, Verletzungen am Bewegungsapparat (z.B. Kniegelenkarthrose, Osteoporose?) Wenn ja, wann und welche?		
Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und / oder Ihnen in diesem Zusammenhang Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?		
Ist bei Ihnen Blutdruck bekannt?		
Ist bei Ihnen eine Lungenerkrankung bekannt oder leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis?		
Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben das Bewusstsein verloren?		
Wurde bei Ihnen eine Stoffwechselstörung (Diabetes/erhöhtes Cholesterin) festgestellt?		
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente (z.B. Blutverdünner, Blutdrucksenker)? Wenn ja, welche?		
Wurde bei Ihnen operative Eingriffe durchgeführt? Wenn ja, welche? Gibt es Einschränkungen dadurch?		
Haben Sie aktuell Beschwerden oder Auffälligkeiten, die Sie für erwähnenswert halten? Wenn ja, bitte kurz beschreiben:		
Sind Sie derzeit in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? Wenn ja, bei wem und weshalb?		

Wie häufig fühlen Sie sich durch Stresssituationen belastet?

_____ **ständig** _____ **häufig** _____ **gelegentlich** _____ **selten** _____ **nie**

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, verstanden und vollständig beantwortet. Für den Fall meiner Teilnahme am Kurs erkenne ich den Haftungsausschluss der Veranstalter an. Ich werde keine Ansprüche gegen den Veranstalter wegen Schäden und Verletzungen jeder Art geltend machen, die durch die Teilnahme am Kurs entstehen können. Ich erkläre hiermit, dass ich für die Teilnahme körperlich gesund bin und mein Gesundheitszustand im Zweifelsfall ärztliche bestätigt ist. Sobald ich Schmerzen habe, weise ich den Kursleiter darauf hin und suche mir einen Arzt auf.

Name / Vorname

Ort / Datum

Unterschrift Teilnehmer /

Bei Minderjährigen einschließlich des Erziehungsberechtigten