

Gesundheitsfragen

Name, Vorname _____

Strasse, Ort _____

Tel. / Mobile _____

e-mail / Beruf _____

Geburtsdatum _____

Betreiben sie regelmässig Sport?
 ja / nein

Wie oft pro Woche wollen/können Sie sich Zeit für das Personaltraining nehmen?
 1x 2x 3x mehr

Was sind Ihre Trainingsziele? _____

Wie wurden Sie auf URECH BEWEGT GMBH aufmerksam? _____

Was sind Ihre Hobbies? _____

Gesundheits-Fragen:

Rückenprobleme? ja / nein _____
Gelenkprobleme? ja / nein _____
Allergien? ja / nein _____

Operationen? ja / nein _____
Medikamente? ja / nein _____
sonstige Gesundheitsprobleme? _____

Haben oder hatten Sie je Beschwerden unter:

Körperlicher Belastung? ja / nein
Asthma? ja / nein
Krampfadern? ja / nein
Bronchitis? ja / nein
Stoffwechsel Probleme
(Schilddrüse, Blutzucker) ja / nein
Blasenschwäche? ja / nein
Schlaflosigkeit? ja / nein
Stress? ja / nein

Wurde jemals ein EKG durchgeführt? ja / nein
Wann? _____
Mache Sie zurzeit eine Diät? ja / nein
Sind Sie in Ärztlicher Behandlung? ja / nein
Grund? _____
Oder Therapeutischer Behandlung? ja / nein
Grund? _____
Frauen: Sind Sie schwanger? ja / nein
Frauen: Haben Sie Kinder? ja / nein

Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankung:

1 Alter	über 45	10 <input type="radio"/>
	über 35	04 <input type="radio"/>
	bis 35	00 <input type="radio"/>
3 Persönlich	Herzfehler/Infarkt	40 <input type="radio"/>
	Herzschrittmacher	40 <input type="radio"/>
	Keine Herzschwäche	00 <input type="radio"/>
6 Rauchen	2 Packungen und mehr	10 <input type="radio"/>
	1 bis 2 Packungen	06 <input type="radio"/>
	Weniger als 1 Packung	03 <input type="radio"/>
	Nichtraucher	00 <input type="radio"/>
8 Bewegung	kein Training	10 <input type="radio"/>
	Regelmässig 1x pro Woche	02 <input type="radio"/>
	Mindestens 2 x pro Woche	00 <input type="radio"/>

2 Geschlecht	männlich	02 <input type="radio"/>
	weiblich	00 <input type="radio"/>
4 Familie	Herzinfarkt vor 60	16 <input type="radio"/>
	Herzinfarkt nach 60	06 <input type="radio"/>
5 Blutdruck	kein Herzinfarkt	00 <input type="radio"/>
	Bluthochdruck bekannt	08 <input type="radio"/>
	Wert bekannt	04 <input type="radio"/>
7 Gewicht	normal / tief	00 <input type="radio"/>
	Übergewicht	04 <input type="radio"/>
	Normalgewicht (=Grösse-100/+ - 10%) kg: _____ Grösse: _____	

Auswertung Total Punkte: _____

40 und mehr: Arztbesuch empfohlen / 20 – 30: Gesundheitstraining / 0 – 19 keine Trainingseinschränkungen (Tabelle gem. Dr. Probst)

Wenn Sie obige Fragen mehrmals mit ja beantwortet haben, besteht ein erhöhtes gesundheitliches Risiko und es wird empfohlen vor der Aufnahme des Trainings eine ärztliche Abklärung einzuholen.

Ich bin mir bewusst, dass ich ein erhöhtes gesundheitliches Risiko habe, möchte aber auf die ärztliche Abklärung verzichten und mit dem Training beginnen.

Datum: _____

Unterschrift: _____