

Fragebogen zum Gesundheitszustand vor der Aufnahme von körperlicher Aktivität und Sport



Name: _____ Vorname: _____ Datum: _____

Beantworten Sie bitte die untenstehenden 7 Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit ehrlich und nach bestem Wissen.

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen ? Ja Nein
2. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung ? Ja Nein
3. Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt ? Ja Nein
4. Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt ? Ja Nein
5. Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnte ? Ja Nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben ? Ja Nein
7. Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben ?
Grund: _____ Ja Nein



**FALLS SIE EINE ODER MEHRERE FRAGEN
MIT JA BEANTWORTET HABEN, SOLLTEN
SIE IHREN ARZT VOR DER AUFNAHME
EINER SPORTLICHEN AKTIVITÄT
AUFsuchen UND SICH UNTERSUCHEN
UND BERATEN LASSEN !**

Ich habe alle obigen Fragen gelesen, verstanden und beantwortet und bestätige mit meiner Unterschrift, dass ich den Sinn dieser Befragung verstanden habe:

Unterschrift: _____