



## Gesundheitsfragebogen

Name: ..... Vorname: .....

Geb.datum: ..... Grösse [cm]: ..... Gewicht [kg]: .....

*Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an:*

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und hat Ihnen Bewegung und Sport unter medizinischer Kontrolle empfohlen? ☐ ja ☐ nein

2. Leiden Sie an einer Herz- oder Lungenkrankheit?

☐ ja ☐ nein. Wenn „ja“, welche: .....

3. Haben Sie im letzten Monat ohne körperliche Anstrengung oder bei körperlicher Belastung Schmerzen in der Brustgegend oder Herzstolpern (Herzrhythmusstörungen) verspürt? ☐ 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-, Muskel- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnte? ☐ ja ☐ nein

6. Kennen Sie weitere Gründe, die Sie an einer körperlichen Aktivität hindern könnten oder die bei körperlicher Aktivität auftreten könnten? ☐ ja ☐ nein

7. Hat Ihnen ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck, gegen hohe Fettwerte oder für ein Herzproblem verschrieben? ☐ ja ☐ nein

8. Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rates ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? ☐ ja ☐ nein

9. Risikofaktoren für Herz und Gefässe

- Gibt es innerhalb Ihrer Familie Herzkrankheiten? ☐ ja ☐ nein

- Rauchen Sie? ☐ ja ☐ nein

- Leiden Sie an Übergewicht? ☐ ja ☐ nein

- Leiden Sie an hohem Blutdruck? ☐ ja ☐ nein

- Sind Sie Diabetiker? ☐ ja ☐ nein

Blatt bitte wenden.....





Sollten Sie Fragen mit "JA" beantwortet haben und einen **maximalen** Leistungstest wünschen, wird eine vorgängige Konsultation Ihres Hausarztes empfohlen.

Ich bestätige, dass ich den Fragebogen gelesen, verstanden und die Antworten wahrheitsgetreu beantwortet habe.

Ort und Datum..... Unterschrift.....

*Den Fragebogen bitte zur Untersuchung mitbringen.*

*Ihre Angaben werden vertraulich behandelt.*

