

## Eingangsfragebogen

Sehr geehrte/r Teilnehmer/in

Datum: \_\_\_\_\_

Wir freuen uns, dass Sie sich für unsere Kurse entschieden haben. Bitte füllen Sie den nachfolgenden Fragebogen aus. Dieser soll Ihnen und uns helfen herauszufinden, welche sportliche Aktivität für Sie am sinnvollsten und effektivsten ist.

**Name / Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen Bewegung und Sport nur unter ärztlicher Kontrolle empfohlen?
2. Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung (Anstrengung) o ja            o nein
3. Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? o ja            o nein
4. Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren? o ja            o nein
5. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten? o ja            o nein
6. Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben? o ja            o nein
7. Kennen Sie irgendeinen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/ sportlich aktiv sein sollten? o ja            o nein

### Vorgeschichte:

Gibt es momentan körperliche Einschränkungen? Wenn ja, welche und seit wann:

---

---

### Vorgeschichte:

Seit wann bestehen die Beschwerden und wie haben sich diese seitdem verändert?

---

---

Was lindert die Beschwerden und wodurch werden diese verstärkt?

---

---

Welche Therapien sind bisher erfolgt und wie haben diese geholfen?

---

---

**Lebenssituation:**

Interessen/ Hobbys/ Freizeitaktivitäten/ Kinder:

---

Aktueller Beruf:

---

**Nebendiagnosen/ zu berücksichtigende Umstände: ( Bitte ankreuzen)**

Haben Sie einen Herzschrittmacher/ Beschwerden mit dem Herzen?	JA	NEIN
Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?	JA	NEIN
Haben Sie einen Gelenkersatz?	JA	NEIN
Wurde bei Ihnen Diabetes festgestellt?	JA	NEIN
Leiden Sie an einer Blutgerinnungsstörung?	JA	NEIN
Nehmen Sie z. Zt. Medikamente ein? Wenn ja, welche:	JA	NEIN

---

Hören Sie nicht gut?	JA	NEIN
Sehen Sie nicht gut?	JA	NEIN
Leiden Sie an Gleichgewichtsstörungen?	JA	NEIN
Leiden Sie unter Epilepsie?	JA	NEIN
Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?	JA	NEIN
Rauchen Sie?	JA	NEIN
Leiden Sie unter einer chronischen Krankheit? Wenn ja, an welcher?	JA	NEIN

---

Hatten Sie schwere Verletzungen? Wenn ja, welche?	JA	NEIN
---	----	------

---

Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir bei der Therapie beachten sollten? Wenn ja, welche(n)?	JA	NEIN
--	----	------