

Angaben zur Person

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Grösse / Gewicht: _____

Körperliche Aktivitäten in den letzten Wochen:

Geben Sie bitte an, wie viele Stunden Sie durchschnittlich pro Woche aktiv sind:
(z.B. Spazieren, Wandern, Radfahren, Joggen, Walken, Tennis, Schwimmen, aber auch Garten und Hausarbeiten – oder zu Fuss oder mit dem Fahrrad zum Arbeitsplatz)

_____ Stunden pro Woche

_____ Stunden pro Woche

_____ Stunden pro Woche

Gesundheitsfragebogen:

	Ja	Nein
1. Haben Sie einen Herzfehler oder leiden Sie an einer Herzkrankheit oder hat Ihnen Ihr Arzt wegen Herzproblemen von körperlichen Anstrengungen abgeraten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Empfinden Sie Schmerzen, Beklemmungen oder Druck in Ihrer Brust, wenn Sie sich körperlich anstrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hatten Sie im vergangenen Monat auch ohne körperliche Anstrengungen, Schmerzen oder Beklemmungen in der Brust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Verspüren Sie zuweilen Schwäche oder Schwindelgefühle?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Haben Sie Rückenschmerzen oder schmerzen Ihnen die Gelenke, sind diese entzündet oder angeschwollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Fühlen Sie sich krank, haben Sie Fieber oder sind Sie erkältet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Nehmen Sie zurzeit Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Gibt es für Sie irgendeinen weiteren Grund, weshalb Sie sich vielleicht nicht besonders körperlich anstrengen sollten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und die Antworten korrekt angekreuzt.

Ort, Datum

Unterschrift

Bemerkungen von Wirkstattnatur:
