

Gesundheitsfragebogen

Persönliche Fragen

Name: _____
 Vorname: _____
 Beruf: _____
 Geburtsdatum: _____

Betreiben Sie bisher regelmässig Sport? ja / nein
Wenn ja, was und wie oft pro Woche?

Wie beurteilen Sie Ihre pers. Fitness?

schlecht genügend mittel
 gut sehr gut

Was sind Ihre Trainingsziele?

Wie oft pro Woche wollen bzw. können Sie sich für Ihr Personal Training Zeit nehmen?

1x 2x 3x mehr _____

Wann genau?

Morgen Mittag Abend

Gesundheitsfragen

Rückenprobleme? ja / nein

Gelenkprobleme? ja / nein

Operationen? ja / nein

Nehmen Sie Medikamente ein? ja / nein

Beschwerden unter:

körperlicher Belastung? ja / nein
 Asthma? ja / nein
 Krampfadern? ja / nein
 Bronchitis? ja / nein
 Ärztliche Behandlung? ja / nein
 Therapeutische Behandlung? ja / nein
 Stoffwechselerkrankungen? (Schilddrüse / Blutzucker) ja / nein
 Schwangerschaft? ja / nein
 Blasenschwäche? ja / nein
 Machen Sie zurzeit eine Diät? ja / nein
 Wurde jemals ein EKG durchgeführt? ja / nein
 Stress? ja / nein

Risikofaktoren für Herz-/Kreislaufkrankungen:

1. Alter	über 45 Jahren	10 <input type="checkbox"/>
	über 35 Jahren	4 <input type="checkbox"/>
	unter 35 Jahren	0 <input type="checkbox"/>
2. Geschlecht	männlich	2 <input type="checkbox"/>
	weiblich	0 <input type="checkbox"/>
3. Pers. Fragen	Herzfehler/Infarkt	40 <input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	40 <input type="checkbox"/>
	Rhythmusstörungen	40 <input type="checkbox"/>
	keine Herzschwäche	0 <input type="checkbox"/>
4. Familie	Herzinfarkt vor 60 Jahren	16 <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt nach 60 Jahren	6 <input type="checkbox"/>
	kein Herzinfarkt	0 <input type="checkbox"/>
5. Blutdruck	Bluthochdruck bekannt	8 <input type="checkbox"/>
	Wert unbekannt	4 <input type="checkbox"/>
	normal / tief	0 <input type="checkbox"/>
6. Rauchen	2 Packungen & mehr	10 <input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Packungen	6 <input type="checkbox"/>
	weniger als 1 Packung	3 <input type="checkbox"/>
	Nichtraucher	0 <input type="checkbox"/>
7. Gewicht	Übergewicht	4 <input type="checkbox"/>
	Normalgewicht	
	Gr - 100/+ - 10%	0 <input type="checkbox"/>
	Gew: _____ Gr: _____	
8. Bewegung	kein Training	10 <input type="checkbox"/>
	regelm. 1x pro Woche	2 <input type="checkbox"/>
	mind 2x pro Woche	0 <input type="checkbox"/>

Auswertung Total Punkte

40 und mehr Punkte Arztbesuch empfohlen, 20 – 39 Punkte
 Gesundheitstraining, 0 – 19 Punkte keine Trainingseinschränkung
 (Tabelle gemäss Dr. Probst)

Datum: _____