

Gesundheitsfragebogen

Name: _____
 Vorname: _____
 Strasse: _____
 PLZ/Wohnort: _____
 Telefon Privat: _____
 Telefon Geschäft: _____
 Mobile: _____
 E-Mail: _____
 Geburtsdatum: _____.
 Beruf: _____
 Krankenkasse: _____

Persönliche Fragen

Was sind Ihre Hobbies?
Treiben Sie regelmässig Sport? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, wie oft in der Woche/welche Sportart?
Haben Sie schon einmal Personal Training / Fitnessstraining besucht? <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann und wie oft pro Woche?
<input type="checkbox"/> Wenn nein, wie lange überlegen Sie sich schon mit Personal Training zu beginnen?
Was sind Ihre Trainingsziele?
Wie oft pro Woche/Monat können/wollen Sie sich für Move4Health AG Zeit nehmen? <input type="checkbox"/> 1x <input type="checkbox"/> 2x <input type="checkbox"/> 3x <input type="checkbox"/> mehr
Wie wurden Sie auf uns aufmerksam?
Warum haben Sie Move4Health AG ausgewählt?

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und
 Vollständigkeit meiner Angaben:

Datum/Unterschrift: _____

Gesundheitsfragen

Rückenprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Gelenkprobleme?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Operationen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nehmen Sie Medikamente?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beschwerden unter körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Asthma?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krampfadern?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stress?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bronchitis?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ärztliche Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Therapeutische Behandlung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Blutzucker)?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Blasenschwäche?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Machen Sie zurzeit eine Diät?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wurde jemals ein EKG durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Risikofaktoren

Alter	Über 45	10 <input type="checkbox"/>
	Über 35	4 <input type="checkbox"/>
	Bis 35	0 <input type="checkbox"/>
Herz-Kreislauf	Herzfehler	40 <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt	40 <input type="checkbox"/>
	Rhythmusstörungen	40 <input type="checkbox"/>
	Keine Herzschwäche	0 <input type="checkbox"/>
Familie	Herzinfarkt vor 60?	16 <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt nach 60?	6 <input type="checkbox"/>
Blutdruck	Hoch	8 <input type="checkbox"/>
	Unbekannt	4 <input type="checkbox"/>
	Normal	0 <input type="checkbox"/>
Gewicht	Übergewicht	4 <input type="checkbox"/>
	Normalgewicht	0 <input type="checkbox"/>

Punktezahl Total: _____

36 und mehr Arztbesuch empfohlen
 20-35 Gesundheitstraining
 0-19 Keine Einschränkung