



## Eingangsfragebogen zur Teilnahme am Gerätetraining

Name: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: weiblich  männlich

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_

PLZ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

### Allgemeiner Gesundheitszustand:

Sind Sie zurzeit durch eine akute Erkrankung in Ihrer Leistungsfähigkeit gemindert?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine Erkrankung, bei der ein Kreislaufkollaps, eine epileptische Attacke, ein Zuckerschock oder ähnliche Schock- und Anfallsituation ausgelöst werden könnte?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Besteht bei Ihnen eine neurologische Erkrankung ?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Seit wann ? \_\_\_\_\_

### Fragen zum orthopädischen Gesundheitszustand:

Besteht bei Ihnen eine bekannte Wirbelsäulen- und/oder Gelenkerkrankung?

Ja  Nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Haben Sie: Rückenschmerzen? Ja  Nein

Wenn ja, Ausstrahlung in: Arme  Beine

Gelenkschmerzen? Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Muskelschmerzen? Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkungen? Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_

Behinderungen? Ja  Nein

Wenn ja, wo? \_\_\_\_\_



**Herz-Kreislaufsystem, Lungenfunktion:**

Atemnot bei körperl. Belastung? \*

Ja  Nein

Atemnot im Ruhezustand? \*

Ja  Nein

Schwindelzustände / Sehstörungen ? \*

Ja  Nein

Schmerzen (Engegefühl, Stiche) im Brust-  
und / oder Herzbereich ? \*

Ja  Nein

Leiden Sie an Herzstolpern /  
Herzrhythmusstörungen ? \*

Ja  Nein

Leiden Sie an Blut-  
hochdruck ? \*

Ja  Nein

Wenn ja, wie hoch ? \_\_\_\_\_

Leiden Sie an Bronchitis, chronischer Husten,  
COPD ? \*

Ja  Nein

\* Sollten Sie eine dieser Fragen mit „Ja“  
beantwortet haben, benötigen wir rechtzeitig vor  
Kursbeginn eine Unbedenklichkeitsbescheinigung  
durch Ihren behandelnden Arzt.

**Medikamenteneinnahme:**

Nehmen Sie ein blutdrucksenkendes Mittel ein  
(Betablocker) ?

Ja  Nein

Nehmen Sie ein schmerzstillendes Medikament ein ?

Ja  Nein

Nehmen Sie ein Medikament zur Muskelrelaxation  
ein ?

Ja  Nein

Nehmen Sie Medikamente wegen einer  
Diabeteserkrankung ein ?

Ja  Nein

**Trainingszustand:**

Treiben Sie Sport ?

Ja  Nein

Wenn ja, welche Sportarten ? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Wie häufig in der Woche ? \_\_\_\_\_

Haben Sie weitere Informationen zu Ihrem  
Gesundheitszustand, die der durchführende  
Kursleiter berücksichtigen sollte ?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten und  
unterschiedenen Eingangsfragebogen umgehend zurück.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Vollständigkeit  
und Richtigkeit meiner Angaben. Änderungen werde ich  
unverzüglich mitteilen.

Ort

Datum

Unterschrift