



Eingangsfragebogen zur Teilnahme am Aqua-Fitness

Name*: _____

E-Mail*: _____

Vorname*: _____

Schwimmer*: Ja Nein

Geburtsdatum*: _____

Geschlecht***: _____

Straße, Hausnr.*: _____

Körpergewicht***: _____

PLZ Wohnort*: _____

Körpergröße***: _____

Telefon***: _____

* Pflichtangaben

** Freiwillige Angaben

Gibt es körperliche, kognitive oder mentale Einschränkungen, welche Sie an der Teilnahme eines Kurses behindern?*

Ja Nein

Um Sie besser kennenzulernen, würden wir uns über folgende Angaben freuen. Diese sind freiwillig. Die freiwillige Angabe ist wichtig für eine qualitative Leistungsabgabe im Kurs.

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

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

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

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

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

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Haben Sie Rückenschmerzen?*** Ja Nein

Wenn ja, Ausstrahlung in: Arme Beine

Gelenkschmerzen?*** Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Bestehen bei Ihnen eine Allergie, die durch Chlor verschlechtert wird?***

Ja Nein

Wenn ja, welche? _____

Muskelschmerzen?*** Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Besteht bei Ihnen eine Inkontinenz?***

Ja Nein

Bewegungseinschränkungen?*** Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Besteht bei Ihnen eine neurologische Erkrankung?***

Ja Nein

Behinderungen?*** Ja Nein

Wenn ja, wo? _____

Wenn ja, welche? _____

Seit wann? _____

** Freiwillige Angaben



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

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

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
Aqua-Fitnesskurseleiter berücksichtigen sollte ? **

Bitte senden Sie uns den ausgefüllten und
unterscriebenen Eingangsbogen umgehend zurück.

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

Ort

Datum

Unterschrift