

Gesundheits-Check

Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir einen Eindruck von Ihrer individuellen Belastbarkeit und sportlichen Vorerfahrung erhalten. Wir benötigen diese Informationen, um ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Trainingsprogramm entwickeln zu können. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Angaben zur Person:

Name: _____ Strasse: _____
 Vorname: _____ PLZ/Wohnort: _____
 Telefon: _____ Mobil: _____
 Email: _____ Geburtsdatum: _____
 Beruf: _____ Krankenkasse: _____

Sozial- und Lifestyleanamnese

Freizeitbeschäftigungen / Sport / Hobbies:

Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Fitnesslevel ein?



Wie schätzen Sie Ihr aktuelles Gesundheitslevel ein?



Trainingsziele

- Ausdauer
 Kraft
 Schnelligkeit
 Beweglichkeit
 Koordination
 Muskelaufbau
 Rehabilitation
 Stressabbau / Entspannung
 Gewichtsmanagement + _____ kg / - _____ kg
 Körperfettreduktion
 Sonstiges: _____

Risikofaktoren

- Herz-Kreislauf:
 Herzinfarkt [40]
 Schlaganfall [40]

 Herzfehler [40]
 Rhythmusstörungen [40]
- Gesundpunkte**
- Rauchen: 1-2 Päckchen/Tag [6]
 <1 Päckchen [3]
 Nichtraucher [0]
- Gesundpunkte**

Bewegung: kein Sport [10] 1 x pro Woche [2] 2-3 x pro Woche [0]

Gesundpunkte

Total: **Gesundpunkte** (0-5 sehr gut / 5-39 Gesundheitstraining / >40 Arztbesuch vor Trainingsaufnahmen empfohlen)

Vorerkrankungsanamnese

- Arthrose Rücken Beschwerden/ Erkrankung Osteoporose
 Bandscheibenvorfall Asthma Diabetes mellitus Rheuma
 Schilddrüsenunter/überfunktion Autoimmunerkrankungen/Hashimoto Thyreoiditis
 Operationen: _____
 Sonstiges: _____

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- Nein Ja, welche _____

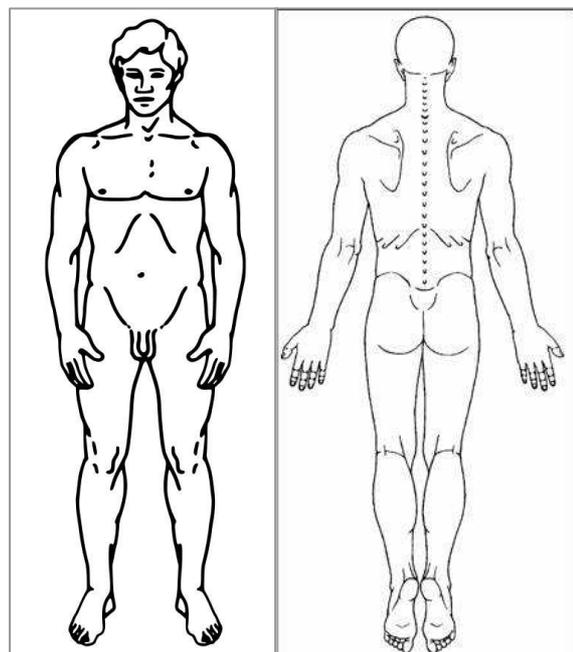
Haben Sie derzeit Schmerzen?

- Nein Ja (bitte einzeichnen!)

 konstant
 belastungsabhängig
 hin und wieder
 eher selten

Sind Sie zur Zeit in ärztlicher Behandlung?

- Nein
 Ja, weshalb ? Diagnosen?



Haftungsausschlussvereinbarung

Im Rahmen der Beratungen und Trainingsangebote werden Ihnen Empfehlungen zur Bewegung, Entspannung und Ernährung, unter anderem auch zu speziellen Krankheitsbildern gegeben. Diese Empfehlungen basieren auf den von Ihnen gemachten Angaben und werden nach bestem Wissen und Kenntnisstand gegeben. Bei der Umsetzung der Empfehlungen ist aber eine genaue „Dosierung“, entsprechend Ihres Zustandes notwendig.

Sie haben bereits den Eingangsfragebogen ausgefüllt. Ausdrücklich geben wir deshalb nochmals zu bedenken, dass bei bestimmten Indikationen grundsätzlich das Einverständnis und/oder eine Abklärung mit dem Hausarzt oder Facharzt notwendig sind.

Bitte beachten Sie, dass vor Beginn des Trainings und vor allem auch nach dem Training keine Schmerzen auftreten sollten. In diesem Falle ist der Trainer darauf hinzuweisen und nach Absprache mit dem Trainer zwingend der Arzt aufzusuchen.

Alle Kurse/Trainings in den Bereichen Bewegung und Entspannung/Stressbewältigung setzen einen guten Gesundheitszustand voraus. Zwar sind auch im Falle einer der genannten Erkrankungen Präventionsprogramme sinnvoll, aber um mögliche Zwischenfälle auszuschließen, ist in allen Fällen eine medizinische Abklärung notwendig. Sollten Sie in dem ein oder anderen Bereich Probleme haben, z.B. Rückenbeschwerden, Herz-Kreislauf-Probleme, psychische Erkrankungen, andere ungeklärte Symptome oder über den Schweregrad einer Erkrankung unsicher sein, sprechen Sie bitte vor der Kursanmeldung mit uns bzw. Ihrem Haus-, Fach- oder Werkarzt.

Jegliche Teilnahme an Bewegungs-, Ernährungs- bzw. Entspannungsprogrammen erfolgt auf eigene Verantwortung. Eine Haftung für Zwischenfälle bei der Umsetzung von Empfehlungen kann nicht übernommen werden. Es besteht eine Betriebshaftpflichtversicherung von INBESTFORM® um etwaigen gesetzlichen Haftungsansprüchen zu genügen. Hiermit bestätige ich die Kenntnisnahme des obigen Sachverhaltes und den Gesundheits-Check wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit!