

# 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: \_\_\_\_\_

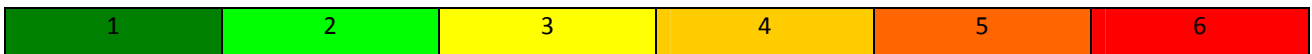
## Sozial- und Lifestyleanamnese

Freizeitbeschäftigungen / Sport / Hobbies:

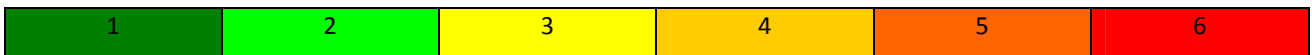
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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                       Rückenbeschwerden/Erkrankung                       Osteoporose  
 Bandscheibenvorfall     Asthma                       Diabetes mellitus                       Rheuma  
 Schilddrüsenunter/überfunktion     Autoimmunerkrankungen/Hashimoto Thyreoiditis  
 Operationen: \_\_\_\_\_  
 Sonstiges: \_\_\_\_\_

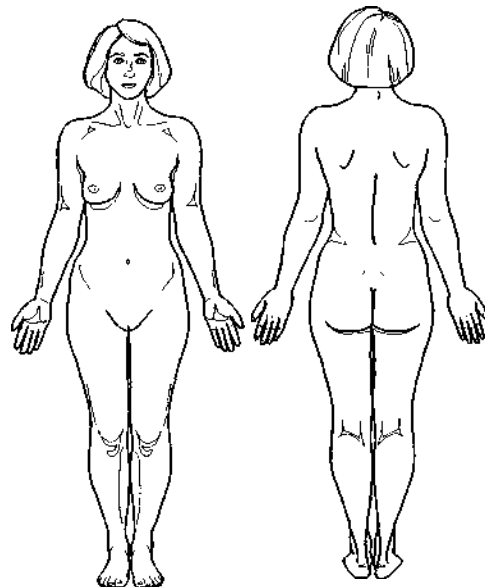
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

- 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 der Intervention 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 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!*