

Gesundheitsfragebogen

Anrede Herr / Frau

Vorname _____

Name _____

Adresse _____

PLZ / Stadt _____

Mobiltelefon _____

Telefon _____

Geburtstag _____

E-Mail: _____

Ich möchte Informationen zu den laufenden Kursangeboten und Veranstaltungen erhalten.

Wird für die Rückerstattung der Krankenkasse am Kunde benötigt

Name Krankenkasse: _____

Police- / Mitglied-Nr Krankenkasse: _____

Bitte fülle einmalig vor Beginn der Aktivität den untenstehenden Fragebogen aus:

Hast Du ein Herzproblem oder Schmerzen in der Brust im Alltag oder bei körperlicher Anstrengung? JA / NEIN

Ist Dir manchmal schwindelig oder hast Du plötzliche Bewusstseinsausfälle? JA / NEIN

Hast Du ein Problem mit dem Bewegungsapparat, das durch körperliche JA / NEIN

Aktivität verschlimmert werden könnte (z.B. Rücken, Knie, Schulter)? JA / NEIN

Bemerkung _____

Nimmst Du Medikamente gegen hohen Blutdruck oder andere Gefäss- und/oder Herzprobleme? JA / NEIN

Hattest Du vor weniger als 6 Monaten eine Geburt? JA / NEIN

Gibt es einen anderen Grund, warum Du kein körperliches Training absolvieren solltest? JA / NEIN

Bemerkung _____

Datum _____

Unterschrift _____

