

## Gesundheitsfragebogen

### Angaben zur Person

Vorname/ Name \_\_\_\_\_ 0 F 0 M

Strasse/Nr. \_\_\_\_\_

PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon/Mobile \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Hast du Erfahrung mit Gruppenfitnessstunden? 0 Ja 0 Nein

Bist du sportlich aktiv? 0 Ja, nämlich \_\_\_\_\_ 0 Nein

### Gesundheitszustand

- Bist du zurzeit in ärztlicher Behandlung? 0 Ja 0 Nein

- Leidest du an Problemen der Atemwege? 0 Ja 0 Nein

- Nimmst du zurzeit Medikamente? 0 Ja 0 Nein

- Leidest du unter Herz- Kreislaufproblemen? 0 Ja 0 Nein

- Leidest du an Rücken- oder Gelenkschmerzen? 0 Ja 0 Nein

- Hattest du in der Vergangenheit einen Unfall  
 oder eine Operation? 0 Ja 0 Nein

- Besteht eine Schwangerschaft? 0 Ja 0 Nein

Falls du mindestens eine der Gesundheitsfragen mit „Ja“ beantwortet hast:

- Kannst du trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

0 Ja, ich habe die entsprechenden Abklärungen bei meinem Arzt getroffen

0 Eine Abklärung ist aus meiner Sicht nicht nötig

Ort/ Datum

Unterschrift Kunde

\_\_\_\_\_