

Gesundheitsfragebogen

Dieser Fragebogen dient zu Ihrer Sicherheit und wird nach dem Kursende zurückgegeben oder vernichtet. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Halten Sie uns bitte auf dem Laufenden, wenn sich Ihre gesundheitliche Situation ändern sollte.

Name	Vorname
Adresse/Strasse	
PLZ, Ort	Geburtsdatum
Tel. P.	Tel. G.(Handy)

Ich will die nachfolgenden Fragen nicht beantworten und bin mir bewusst, dass ich dadurch die Kursleitung über meine allfälligen gesundheitlichen Risiken im Ungewissen lasse und in ihren Möglichkeiten mich (in einem Notfall) optimal zu betreuen einschränke. ja nein

- Hat Ihr Arzt/Ihre Ärztin Ihnen je geraten, sich erst nach einer gründlichen ärztlichen Untersuchung körperlich zu betätigen? ja nein
- Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Herzerkrankung bekannt? ja nein
- Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen bei körperlicher Belastung? ja nein
- Hatten Sie im letzten Monat Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen ohne körperliche Belastung? ja nein
- Haben Sie jemals das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden? ja nein
- Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Anstrengung verschlechtern könnte? ja nein
- Hat Ihnen der Arzt/die Ärztin kürzlich Medikamente gegen Bluthochdruck oder zur Herzstärkung verschrieben? ja nein
- Fühlen Sie sich zurzeit krank, sind Sie erkältet oder haben Sie Fieber? ja nein
- Ist Ihnen irgendein anderer Grund bekannt, warum es Ihnen nicht möglich sein sollte, sich körperlich zu betätigen? ja nein

Wenn ja, welcher _____

- Risikofaktoren:

Ich bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/> weiss es nicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> weiss es nicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich habe einen zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> weiss es nicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Ich bin stark übergewichtig		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
- Ich nehme zurzeit Medikamente ja nein
 Wenn ja, welche _____ regelmässig unregelmässig

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt. Zudem nehme ich Kenntnis davon, dass der Kursleiter/die Kursleiterin jede Haftung ablehnt.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____