

VitalityInn

Groupfitness Studio Oensingen

Dünnerstrasse 24, 4702 Oensingen

vitalityinn@outlook.com vitalityinn.ch

T. 079 263 05 16

Gesundheitsfragebogen für Groupfitnesss-Kurs

Um Ihnen ein gesundheitsförderndes und optimales Training bieten zu können, sind wir auf einige Angaben über Ihre Gesundheit angewiesen. Wir bitten Sie deshalb die untenstehenden Fragen zu beantworten. Alle Daten werden absolut vertraulich behandelt.

Angaben zur Person:

Vorname / Name: _____

Strasse / Nr: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Krankenversicherung: _____

Wer soll im Notfall verständigt werden? _____ Tel: _____

- | | | |
|--|-------------------------------|-----------------------------|
| • Hatten Sie in der Vergangenheit einen Unfall oder eine Operation? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Wurde bei Ihnen von einem Arzt jemals eine Wirbelsäulen-Instabilität (z.B. Bandscheibenvorfall, Skoliose) festgestellt? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Haben Sie Gelenksprobleme (z.B. Arthrose, Arthritis)? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Leiden Sie unter Schmerzzuständen? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Besteht eine Schilddrüsenfehlfunktion? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Hat Ihnen jemals jemand gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport unter medizinischer Kontrolle empfohlen? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Haben Sie bei körperlicher Belastung Brustschmerzen? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Haben Sie im Verlaufe der letzten 30 Tage Brustschmerzen gehabt? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie schon ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems verschrieben? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| • Leiden Sie an Problemen der Atemwege? | ☐ Nein | ☐ Ja |
| Wenn ja, welche: ☐ Bronchitis ☐ (Leistungs)Asthma ☐ Andere: | | |

Falls Sie mindestens eine der oben genannten Fragen mit „Ja“ beantwortet haben;

- Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren?

☐ Ja, ich habe die entsprechenden Abklärungen bei meinem Hausarzt getroffen

☐ Eine Abklärung ist aus meiner Sicht nicht nötig

Ort, Datum

Unterschrift der Kursteilnehmerin / des Kursteilnehmers
