

# Gesundheitsfragebogen

Name ..... Vorname .....

Adresse ..... PLZ/Ort .....

Tel privat ..... Tel G .....

Tel handy ..... E-Mail .....

Geburtsdatum ..... Beruf .....

Ich wurde aufmerksam durch .....

1. Ich bin zur Zeit in ärztlicher Behandlung

nein

ja .....

2. Ich nehmen zur Zeit regelmässig Medikamente ein

nein

ja .....

3. Ich habe Probleme mit meinem Herz-Kreislauf-System

nein

ja .....

4. Ich habe eine Schwäche oder Schädigung an meinem Bewegungsapparat

nein

ja .....

5. Ich leide unter Atemwegserkrankungen (Asthma, Bronchitis...)

nein

ja .....

Meine Trainingsziele .....

Ort & Datum ..... Unterschrift .....