

# Gesundheitsfragebogen

## Persönliche Fragen

Name: \_\_\_\_\_  
 Vorname: \_\_\_\_\_  
 Beruf: \_\_\_\_\_  
 Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Betreiben Sie bisher regelmässig Sport?  ja /  nein  
**Wenn ja, was und wie oft pro Woche?**  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wie beurteilen Sie Ihre pers. Fitness?

schlecht                      genügend                      mittel  
 gut                              sehr gut

Was sind Ihre Trainingsziele?  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Wie oft pro Woche wollen bzw. können Sie sich für Ihr Personal Training Zeit nehmen?

1x  2x  3x  mehr \_\_\_\_\_

Wann genau?

Morgen     Mittag     Abend

## Gesundheitsfragen

Rückenprobleme?  ja /  nein  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Gelenkprobleme?  ja /  nein  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Operationen?  ja /  nein  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Nehmen Sie Medikamente ein?  ja /  nein  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## Beschwerden unter:

körperlicher Belastung?  ja /  nein  
 Asthma?  ja /  nein  
 Krampfadern?  ja /  nein  
 Bronchitis?  ja /  nein  
 Arztliche Behandlung?  ja /  nein  
 Therapeutische Behandlung?  ja /  nein  
 Stoffwechselerkrankungen? (Schilddrüse / Blutzucker)  ja /  nein  
 Schwangerschaft?  ja /  nein  
 Blasenschwäche?  ja /  nein  
 Machen Sie zurzeit eine Diät?  ja /  nein  
 Wurde jemals ein EKG durchgeführt?  ja /  nein  
 Stress?  ja /  nein

## Risikofaktoren für Herz-/Kreislaufkrankungen:

1. Alter	über 45 Jahren	10 <input type="checkbox"/>
	über 35 Jahren	4 <input type="checkbox"/>
	unter 35 Jahren	0 <input type="checkbox"/>
2. Geschlecht	männlich	2 <input type="checkbox"/>
	weiblich	0 <input type="checkbox"/>
3. Pers. Fragen	Herzfehler/Infarkt	40 <input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	40 <input type="checkbox"/>
	Rhythmusstörungen	40 <input type="checkbox"/>
	keine Herzschwäche	0 <input type="checkbox"/>
4. Familie	Herzinfarkt vor 60 Jahren	16 <input type="checkbox"/>
	Herzinfarkt nach 60 Jahren	6 <input type="checkbox"/>
	kein Herzinfarkt	0 <input type="checkbox"/>
5. Blutdruck	Bluthochdruck bekannt	8 <input type="checkbox"/>
	Wert unbekannt	4 <input type="checkbox"/>
	normal / tief	0 <input type="checkbox"/>
6. Rauchen	2 Packungen & mehr	10 <input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Packungen	6 <input type="checkbox"/>
	weniger als 1 Packung	3 <input type="checkbox"/>
	Nichtraucher	0 <input type="checkbox"/>
7. Gewicht	Übergewicht	4 <input type="checkbox"/>
	Normalgewicht	
	Gr - 100/+ - 10%	0 <input type="checkbox"/>
	Gew: _____ Gr: _____	
8. Bewegung	kein Training	10 <input type="checkbox"/>
	regelm. 1x pro Woche	2 <input type="checkbox"/>
	mind 2x pro Woche	0 <input type="checkbox"/>

## Auswertung Total Punkte

40 und mehr Punkte Arztbesuch empfohlen, 20 – 39 Punkte  
 Gesundheitstraining, 0 – 19 Punkte keine Trainingseinschränkung  
 (Tabelle gemäss Dr. Probst)

Datum: \_\_\_\_\_