

Name : _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____ Größe: _____

_____ Gewicht: _____

1. Erkrankungen in der Familie (Mutter, Vater, Geschwister, Großeltern):

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen, soweit bekannt)

1.1 Plötzlicher Todesfall, bes. vor dem 65 Lebensjahr Herzkrankheiten Angina pectoris
 Gefäßkrankheiten (Beine, Halsgefäße) Schlaganfall (Hirnschlag) Herzinfarkt
 Eingriffe am Herzen (Herz-Operation, Ballondehnung, Herzschrittmacher)
 Angeborene Gefäßleiden (Marfan- Syndrom) Allergien gehäufte Thrombosen

1.2 Herzkreislauf-Risikofaktoren:
 Bluthochdruck Diabetes (Zuckerkrankheit) Fettstoffwechselstörung

2. Eigene gesundheitliche Angaben:

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen, soweit bekannt)

2.1 Haben Sie Allergien und wenn ja welche?

2.2 Bestehen oder bestanden bei Ihnen chronische Erkrankungen?

Herzkrankheit (Herzinfarkt, schwere Rhythmusstörungen)
 Bluthochdruck Schlaganfall Thrombosen
Wenn ja, welche? _____

Diabetes (Zuckerkrankheit) Fettstoffwechselstörung (erhöhtes Cholesterin)
 Schilddrüsenerkrankung
Wenn ja, welche? _____

Lungenerkrankung (z.B. Asthma, COPD, Lungenemphysem)
Wenn ja, welche? _____

Allergien (z.B. Heuschnupfen)
Wenn ja, welche? _____

neurologische Erkrankungen (z.B. Epilepsie)
Wenn ja, welche? _____
 Migräne

orthopädische Erkrankungen (z.B. Rheuma) oder eine körperliche Behinderung?

Wenn ja, welche? _____

der Sinnesorgane (z.B. Brille/Kontaktlinse, Ohren, Trommelfell, Nase) oder der Zähne?

Wenn ja, welche? _____

2.3 Nehmen Sie Medikamente, Nahrungsergänzungsmittel?

Ja Nein

Wenn ja, welche? (insbesondere β -Rezeptoren-Blocker, Diuretika (harnreibende Medikamente), Kortison oder andere?)

sonstige leistungsfördernde Substanzen oder Drogen ein?

Ja Nein

Wenn ja, welche?

2.4 Welche Operationen oder Krankenhausaufenthalte hatten Sie (was, wann)?

2.5 Hatten Sie Unfälle, Knochenbrüche, Gipsversorgung, schwere Verletzungen (was, wann)?

2.6 Rauchen Sie oder haben Sie in den letzten 10 Jahren geraucht? Wenn ja, wie viel, wie lange, wie viel Packungen pro Tag?

Wie häufig trinken Sie Alkohol? _____ Welche Menge pro Tag? _____

3. Aktuelle oder frühere Beschwerden:

(Zutreffendes bitte jeweils ankreuzen)

3.1. Bestehen oder bestanden bei Ihnen jemals folgende Beschwerden?

<input type="checkbox"/> Bewusstlosigkeit	<input type="checkbox"/> Ohnmachtszustände (Kollaps)	<input type="checkbox"/> Schwindel
<input type="checkbox"/> Herzrasen	<input type="checkbox"/> Herzstolpern/Herzaussetzer	<input type="checkbox"/> Brustschmerzen
<input type="checkbox"/> Luftnot (Ruhe, Belastung)	<input type="checkbox"/> Magen-Darm-Beschwerden	

3.2 Haben Sie Beschwerden an Muskeln, Sehnen, Gelenken, Rücken (Wirbelsäule)?

Ja Nein Wenn ja, wo? _____

3.3 Haben Sie oder hatten Sie in den letzten 3 Monaten einen schwereren Infekt/Erkältung/Fieber?

Ja Nein

3.4 Können Sie sich gut belasten?

Ja Nein

3.5 Bestehen oder bestanden bei körperlicher Aktivität Unsicherheiten (z.B. Gleichgewichtsstörungen)?

Ja Nein

3.6 Hatten Sie in letzter Zeit deutliche Gewichtsschwankungen?

Ja Nein Höchstes/Niedrigstes Körpergewicht? _____ kg

3.7 Sind Sie regelmässig im Alltag körperlich aktiv?

(z.B.: Spazierengehen, Treppensteigen, Wandern, Gartenarbeit, Radwandern, Walking, Nordic Walking?)

Ja Nein Wenn ja, wie oft pro Woche? _____

3.8 Bitte kreuzen Sie Zutreffendes an. Welche sportliche Aktivität machen Sie regelmäßig?

Fitnesstraining Gymnastik Fitness-Studio Keine

Datum: _____ **Unterschrift:** _____