



Gesundheitsfragebogen/Kundendaten

Dieser Fragebogen dient zur Ihrer Sicherheit. Alle Angaben werden vertraulich behandelt.

Name: _____ Vorname : _____
Adresse: _____ PLZ/Ort: _____
Telefon P: _____ Telefon G / Natel: _____
Beruf: _____ Geburtsdatum: _____
Mail: _____ Empfehlung von: _____

Persönliche Fragen

Betreiben Sie regelmässig Sport? ja nein

Wenn ja, was und wie oft in der Woche? _____

Ihre persönlichen Bewegunziele? _____

1. Sind Sie momentan in ärztlicher Behandlung? ja nein
2. Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Herzkrankheit bekannt? ja nein
3. Haben Sie Probleme mit dem Herzkreislauf-System (Blutdruck, Schwindel, -
Herzrhythmusstörungen, Brustschmerzen etc.)? ja nein
4. Haben Sie Probleme mit dem Stoffwechsel (Diabetes, Gicht, Rheuma etc.)? ja nein
5. Haben Sie Probleme mit den Atemwegen (Asthma, Bronchitis,
Lungenerkrankungen etc.)? ja nein
6. Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher
Anstrengung verschlechtern? ja nein
7. Nehmen Sie regelmässig Medikamente?
Wenn ja, welche? _____ ja nein
8. Hatte Ihnen Ihr Arzt das o.k. für sportliche Betätigung gegeben? ja nein
9. Ich rauche ja nein

Ich habe diesen Fragebogen gelesen, alles verstanden und korrekt ausgefüllt. Zudem nehme ich Kenntnis davon, dass die Kursleitung von punkteis jede Haftung ablehnt.

Ort/Datum _____

Unterschrift _____