

Gesundheitsfragebogen

Liebe Teilnehmerin, lieber Teilnehmer,

um die Trainingseinheiten sicher und individuell gestalten zu können, bitten wir Sie, diesen Gesundheitsfragebogen vollständig auszufüllen.

Ihre Angaben helfen dabei, Übungen entsprechend Ihrer persönlichen Voraussetzungen anzupassen. Die Informationen werden vertraulich behandelt und ausschließlich für die Planung und Durchführung der Trainingseinheiten verwendet.

1. Persönliche Daten

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Notfallkontakt (Name / Telefon): _____

2. Allgemeiner Gesundheitszustand

Wie beurteilen Sie Ihren aktuellen Gesundheitszustand?

☐ Sehr gut ☐ Gut ☐ Befriedigend ☐ Eingeschränkt

Fühlen Sie sich grundsätzlich in der Lage, an einer Bewegungseinheit teilzunehmen?

☐ Ja ☐ Nein

Gibt es gesundheitliche Gründe, die bei der Trainingsplanung berücksichtigt werden sollten?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, welche? _____

3. Ärztliche Betreuung / Empfehlungen

Sind Sie aktuell in ärztlicher Behandlung?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wegen welcher Beschwerden oder Erkrankungen? _____

Hat Ihnen ein Arzt bestimmte Einschränkungen oder Empfehlungen für Bewegung gegeben?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: _____

4. Erkrankungen

Haben Sie:

Erkrankung	Ja	Nein	
Hypertonie (Bluthochdruck)	☐	☐	
Herzinsuffizienz (Herzschwäche)	☐	☐	
Herzschrittmacher	☐	☐	
Herzinfarkt	☐	☐	(wann? _____)
Schlaganfall	☐	☐	(wann? _____)
Bösartiger Tumor / Krebs	☐	☐	
Osteoporose (Knochenschwund)	☐	☐	
Magen- oder Darmerkrankungen	☐	☐	
Erkrankungen der Atemwege	☐	☐	
Durchblutungsstörungen	☐	☐	
Diabetes mellitus (Zuckerkrankheit)	☐	☐	
Augenerkrankungen	☐	☐	(welche? _____)

Andere Erkrankungen:

5. Beschwerden am Bewegungsapparat (Orthopädie)

Bestehen aktuell Beschwerden bei:

Bereich	Ja	Nein
Halswirbelsäule / Nacken	☐	☐
Shulter / Arme	☐	☐
Brustwirbelsäule	☐	☐
Lendenwirbelsäule / Rücken	☐	☐
Hüfte	☐	☐
Knie	☐	☐
Sprungelenke / Füße	☐	☐

6. Operationen und Verletzungen

Hatten Sie Operationen oder Verletzungen am Bewegungsapparat?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja:

☐ Hüftoperation / Hüftprothese ☐ Knieoperation / Knieprothese
☐ Wirbelsäulenoperation ☐ Schulteroperation ☐ Andere Operationen

Welche? _____ Wann? _____

7. Schmerzen und Bewegungseinschränkungen

Haben Sie aktuell Schmerzen?

☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja, wo? _____

Wie stark sind die Schmerzen?

☐ Leicht ☐ Mittel ☐ Stark

Gibt es Bewegungen, die Ihnen schwerfallen?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja: _____

8. Gleichgewicht, Sturzrisiko und Sicherheit

Sind Sie im letzten Jahr gestürzt?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja, wie häufig? _____

Fühlen Sie sich beim Gehen manchmal unsicher?

☐ Ja ☐ Nein

Haben Sie Schwierigkeiten mit:

Bereich	Ja	Nein
Gleichgewicht	☐	☐
Aufstehen vom Stuhl	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐
Sicherem Gehen	☐	☐

Nutzen Sie eine Gehhilfe? ☐ Ja ☐ Nein

Wenn ja: ☐ Gehstock ☐ Rollator

9. Hören, Sehen, Schwindel und Belastbarkeit

Bereich	Ja	Nein
Hörprobleme	☐	☐
Sehprobleme	☐	☐
Schwindel	☐	☐
Gangunsicherheit	☐	☐
Atemnot bei Belastung	☐	☐
Einschränkungen bei körperlicher Belastung	☐	☐

Weitere Hinweise: _____

10. Medikamente

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente ein?

☐ Ja ☐ Nein Wenn ja (freiwillige Angabe): _____

Nehmen Sie Medikamente gegen:

☐ Blutdruck ☐ Herz ☐ Schmerzen ☐ Diabetes
☐ Andere

11. Bewegungserfahrung und Trainingsziele

Wie häufig bewegen Sie sich aktuell?

☐ Selten ☐ 1–2-mal pro Woche ☐ Mehrmals pro Woche
☐ Täglich

Welche Sport- oder Bewegungsarten betreiben Sie? _____

Was möchten Sie durch das Training erreichen?

☐ Beweglichkeit verbessern ☐ Kraft verbessern
☐ Gleichgewicht verbessern ☐ Sturzrisiko reduzieren
☐ Schmerzen reduzieren ☐ Sicherer im Alltag werden
☐ Allgemeines Wohlbefinden steigern

Weitere Ziele: _____

12. Einverständnis / Haftungsausschluss

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben.

Ich informiere den Trainer über relevante Änderungen meines Gesundheitszustandes.

Die Teilnahme an den Trainingseinheiten erfolgt freiwillig und eigenverantwortlich.

Der Trainer ersetzt keine ärztliche Untersuchung oder Behandlung. Die Übungen erfolgen entsprechend der Qualifikation des Trainers und dienen der Verbesserung von Bewegung, Mobilität und Sicherheit.

Bei akuten Beschwerden oder gesundheitlichen Problemen sollte vor der Teilnahme ärztlicher Rat eingeholt werden.

Der Trainer haftet nicht für Schäden, die durch falsche Angaben, Nichtbeachtung von Anweisungen oder Überschreitung der eigenen Belastungsgrenze entstehen.

Ort / Datum: _____

Unterschrift Teilnehmer/in: _____

Unterschrift Trainer: _____