



Physiozentrum  
Limmatfeld

## Gesundheitsfragebogen

Name:	Vorname:	
Strasse:	PLZ/Ort:	
Geb.-Datum:	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr
Telefonnummer:	Email:	
Leiden Sie an Herz/Kreislaufbeschwerden? (z. Bsp. Angina pectoris, Herzrhythmusstörungen,...)?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Haben Sie Probleme mit den Atemwegen (z.Bsp. Asthma)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Leiden Sie an Diabetes?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden sie an Epilepsie?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Leiden Sie an Beschwerden am Bewegungsapparat?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Hatten Sie in den letzten 12 Monaten eine Operation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Sind Sie gegenwärtig in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, weshalb?		
Nehmen Sie regelmässig Medikamente ein?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche?		
Welche Sportarten betreiben Sie gegenwärtig?	Häufigkeit:      x/Woche	
Wie gut/schlecht stufen Sie Ihre momentane sportliche Fitness ein?	sehr schlecht□□□□□□□□□□sehr gut	
Datum	Unterschrift	
Datum	Unterschrift Betreuer	

### HINWEISE:

Diese Daten werden für eine optimale Trainingsberatung benötigt und werden stets vertraulich behandelt.

Gesundheitliche Veränderungen müssen dem Center gemeldet werden.

Nachträgliche Änderungen müssen schriftlich dokumentiert und von beiden Seiten bestätigt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme der Hinweise.