



Geschlecht weiblich männlich
Name _____
Vorname _____
Karten-Nr. _____
Datum _____
Therapeut _____

GESUNDHEITS-ANALYSEBOGEN

Persönliche Fragen

- 1. Haben Sie schon einmal Fitness gemacht? Ja Nein
 Wenn Ja, wie oft pro Woche? _____
- 2. Treiben Sie regelmässig Sport? Ja Nein
- 3. Wie beurteilen Sie Ihre pers. Fitness? (1 - 10) _____
- 4. Meine Trainingsziele sind:
 - Gute Figur und Haltung Fettabbau Herz- & Kreislauftraining
 - Gesundheit stabilisieren Muskelaufbau Stressabbautraining
 - Bewegungslust ausleben Krafttraining Sportartspezifisch
 - Selbstbewusstsein stärken Rückentraining Ausgleichstraining
 - _____ _____ _____
- 5. Ihre Zeitvorstellung für das Zielerreichen _____
- 6. Wie oft (pro Woche) möchten Sie sich Zeit nehmen? 1 - 2 mal 2 - 3 mal mehr

Medizinische Fragen

- 1. aktuelle Beschwerden
 - Gelenke
 - Wirbelsäule (Nacken, Kreuz, Verspannungen)
 - Sonstiges _____
- 2. Beschwerden unter körperl. Belastung Ja Nein
- 3. Erkrankung der Atemwege (Asthma, Bronchitis) Ja Nein
- 4. Stoffwechselerkrankungen (Schilddrüse, Blutzucker) Ja Nein
- 5. Operationen Ja Nein
- 6. Beschwerde infolge Operation Ja Nein
- 7. Medikamente Ja Nein
- 8. Schwangerschaft Ja Nein
- 9. Sind Sie zurzeit in therap. Behandlung? Ja Nein
 Wenn Ja, warum? _____

10. Machen Sie zurzeit eine Diät?

Ja

Nein

11. Leiden Sie unter Stress?

Ja

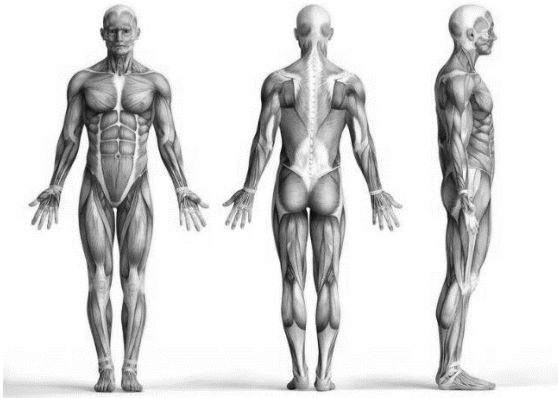
Nein

12. Wurde jemals ein Belastungs-EKG durchgeführt?

Ja

Nein

13. Sonstiges (optional: Einzeichnen in Grafik)



Risikoanalyse

1. Alter

>45 (10)

> 35 (4)

< 35 (0)

2. Geschlecht

weiblich (0)

männlich (2)

3. Pers. Fragen

Herzfehler / Infarkt (40)

Herzschrittmacher(40)

Rhythmusstörung (40)

nichts (0)

4. Familie

Herzinfarkt < 60 (16)

Herzinfarkt > 60 (6)

kein Herzinfarkt (0)

5. Blutdruck

Bluthochdruck (8)

Wert unbekannt (4)

Normal / Tief (0)

6. Rauchen (täglich)

> 2 Schachteln (10)

> 1 Schachtel (6)

< 1 Schachtel (3)

Nichtraucher*in (0)

7. Body-Mass-Index

zu Hoch (4)

normal (0)

zu niedrig (0)

8. Bewegung

keine (10)

1x/ Woche (2)

+ 2x/ Woche (0)

Auswertung ausgewählte Punkte in Klammern addieren

40 Punkte und mehr: Arztbesuch empfohlen

20 - 39 Punkte: Gesundheitstraining

0 - 19 Punkte: keine Einschränkung

Ich bestätige die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

Ort & Datum

Unterschrift des Kunden