

## GESUNDHEITS-ANALYSEBOGEN

Geschlecht  weiblich  männlich

Name/ Vorname \_\_\_\_\_

Geb. Datum. \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_ Therapeut \_\_\_\_\_

### 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:
 

<input type="checkbox"/> Bodyforming	<input type="checkbox"/> Fettabbau	<input type="checkbox"/> Herz- & Kreislauftraining
<input type="checkbox"/> Gesundheit / Haltung	<input type="checkbox"/> Muskelaufbau	<input type="checkbox"/> Stressabbautraining
<input type="checkbox"/> Rückentraining	<input type="checkbox"/> Ausgleichstraining	<input type="checkbox"/> _____
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. Medikamenteis)  Ja  Nein
8. Herz-/ Kreislaufprobleme  Ja  Nein
9. Osteoporose  Ja  Nein
10. Wurde jemals ein Belastungs-EKG durchgeführt?  Ja  Nein

## Risikoanalyse

- |                      |  |  |  |
|----------------------|--|--|--|
| 1. Alter             | <input type="checkbox"/> >45 (10)                  | <input type="checkbox"/> > 35 (4)              | <input type="checkbox"/> < 35 (0)        |
| 2. Geschlecht        | <input type="checkbox"/> weiblich (0)              | <input type="checkbox"/> männlich (2)          |  |
| 3. Pers. Fragen      | <input type="checkbox"/> Herzfehler / Infarkt (40) | <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher(40) |  |
|                      | <input type="checkbox"/> Rhythmusstörung (40)      | <input type="checkbox"/> nichts (0)            |  |
| 4. Familie           | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt < 60 (16)     | <input type="checkbox"/> Herzinfarkt > 60 (6)  |  |
|                      | <input type="checkbox"/> kein Herzinfarkt (0)      |  |  |
| 5. Blutdruck         | <input type="checkbox"/> Bluthochdruck (8)         | <input type="checkbox"/> Wert unbekannt (4)    |  |
|                      | <input type="checkbox"/> Normal / Tief (0)         |  |  |
| 6. Rauchen (täglich) | <input type="checkbox"/> > 2 Schachteln (10)       | <input type="checkbox"/> > 1 Schachtel (6)     |  |
|                      | <input type="checkbox"/> < 1 Schachtel (3)         | <input type="checkbox"/> Nichtraucher*in (0)   |  |
| 7. Body-Mass-Index   | <input type="checkbox"/> zu Hoch (4)               | <input type="checkbox"/> normal (0)            | <input type="checkbox"/> zu niedrig (0)  |
| 8. Bewegung          | <input type="checkbox"/> keine (10)                | <input type="checkbox"/> 1x/ Woche (2)         | <input type="checkbox"/> + 2x/ Woche (0) |

Auswertung ausgewählte Punkte in Klammern addieren \_\_\_\_\_

0 – 19 Punkte: keine Einschränkung

20 – 39 Punkte: Gesundheitstraining

40 Punkte und mehr: Arztbesuch empfohlen

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Ich bestätige die Richtigkeit der obenstehenden Angaben

\_\_\_\_\_  
Ort & Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Kunden