

# Eingangsfragebogen Fitness-Vital

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Haben Sie einen Herzschrittmacher oder haben Sie Beschwerden mit dem Herzen? Wenn ja, welche?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

-Treten Beschwerden bei körperlicher Anstrengung auf (z.B. Atemnot, Brustschmerzen oder Engegefühl in der Brust)?  ja  nein

-Haben Sie Probleme mit dem Gleichgewicht aufgrund von Schwindel?  ja  nein

-Haben Sie einen Gelenkersatz? Wenn ja, wo und seit wann?  ja  nein

\_\_\_\_\_

-Nehmen Sie zur Zeit Medikamente ein?  ja  nein  
Wenn ja, welche?

\_\_\_\_\_

-Ist bei Ihnen Bluthochdruck bekannt?  ja  nein

-Wurde bei Ihnen Osteoporose festgestellt?  ja  nein

-Haben Sie Allergien (z.B. Heuschnupfen, Bienen-/Wespenstiche oder andere)?  ja  nein

-Sind Sie gegen Tetanus (Wundstarrkrampf) geimpft?  ja  nein

-Gibt es eine weitere Erkrankung oder einen Umstand, den wir während des Kurses beachten sollten? Wenn ja, welchen?  ja  nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

.....

Ort, Datum

Unterschrift