

# Gesundheitsfragebogen

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

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

Bitte beantworten Sie untenstehenden Fragen zu Ihrer eigenen Sicherheit

	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>
1. Haben Sie einen hohen Blutdruck?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nehmen Sie Blutdrucksenkende Mittel ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Haben Sie Rückenprobleme?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Leiden Sie unter Arthrose?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Haben Sie eine Herzerkrankung?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nehmen Sie Herzmedikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Wurde bei Ihnen in den letzten 6 Monaten einen Gesundheitscheck durch Ihren Arzt durchgeführt?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Leiden Sie aktuell unter Schmerzen?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmedikamente ein?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Was ist Ihr persönliches Ziel das Sie mit dem Kurs erreichen möchten?

---

---

---

Ich versichere hiermit alle Angaben vollständig und korrekt beantwortet zu haben.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift/Teilnehmer: \_\_\_\_\_