

Teilnehmer/in von : bitte Logo umkreisen

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

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

Natel, Mail : \_\_\_\_\_



### Gesundheits-Fragen:

Rückenprobleme?  ja /  nein \_\_\_\_\_  
 Gelenkprobleme?  ja /  nein \_\_\_\_\_

Operationen?  ja /  nein \_\_\_\_\_  
 Medikamente?  ja /  nein \_\_\_\_\_

Haben oder hatten Sie je Beschwerden unter:

Körperlicher Belastung?  ja /  nein  
 Wurde jemals ein EKG durchgeführt?  ja /  nein  
 Wann ? \_\_\_\_\_  
 Sind Sie jetzt in Ärztlicher Behandlung  ja /  nein  
 Grund ? \_\_\_\_\_

Oder Therapeutischer Behandlung?  ja /  nein  
 Grund ? \_\_\_\_\_  
 Frauen: Sind Sie schwanger?  ja /  nein  
 Frauen: Haben Sie Kinder?  ja /  nein

### Risikofaktoren für Herz- und Kreislauferkrankung:

1. Alter	über 45	10 <input type="checkbox"/>	2. Geschlecht	männlich	02 <input type="checkbox"/>
	über 35	04 <input type="checkbox"/>		weiblich	00 <input type="checkbox"/>
	bis 35	00 <input type="checkbox"/>	4. Familie	Herzinfarkt vor 60	16 <input type="checkbox"/>
3. Persönlich	Herzfehler/Infarkt	40 <input type="checkbox"/>		Herzinfarkt nach 60	06 <input type="checkbox"/>
	Herzschrittmacher	40 <input type="checkbox"/>		kein Herzinfarkt	00 <input type="checkbox"/>
	Rhythmusstörungen	40 <input type="checkbox"/>	5. Blutdruck	Bluthochdruck bekannt	08 <input type="checkbox"/>
	Keine Herz schwäche	00 <input type="checkbox"/>		Wert unbekannt	04 <input type="checkbox"/>
6. Rauchen	2 Packungen und mehr	10 <input type="checkbox"/>		normal / tief	00 <input type="checkbox"/>
	1 bis 2 Packungen	06 <input type="checkbox"/>	7. Gewicht	Übergewicht	04 <input type="checkbox"/>
	weniger als 1 Packung	03 <input type="checkbox"/>		Normalgewicht	00 <input type="checkbox"/>
	Nichtraucher	00 <input type="checkbox"/>		(=Grösse-100/+ - 10%)	
8. Bewegung	kein Training	10 <input type="checkbox"/>		kg: _____ Grösse: _____	
	regelmässig 1x pro Woche	02 <input type="checkbox"/>			
	mindestens 2x pro Woche	00 <input type="checkbox"/>	Auswertung	Total Punkte	-----

40 und mehr: Arztbesuch empfohlen / 20-30: Gesundheitstraining / 0-19: keine Trainingseinschränkungen (Tabelle gem. Dr. Probst)

**Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben:**

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

Unterschrift: \_\_\_\_\_