



Mithilfe der folgenden Fragen möchten wir uns einen Überblick über Ihre individuelle Belastbarkeit und sportlichen Vorerfahrungen verschaffen. Wir benötigen diese Informationen, um ein auf Ihre Bedürfnisse abgestimmtes Kursprogramm entwickeln zu können. Sämtliche Angaben unterliegen der Schweigepflicht und den geltenden Datenschutzbestimmungen.

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: weiblich männlich

1. Hat Ihnen jemals ein Arzt Sport nur unter ärztlicher Kontrolle empfohlen?

ja nein

2. Haben Sie bei körperlichen Belastungen Schmerzen?

ja nein

3. Haben Sie ohne körperliche Belastung Schmerzen?

ja nein

4. Haben Sie neben/statt der genannten Kontradiktion gesundheitliche Defizite?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

5. Nehmen Sie Medikamente?

ja nein

Wenn ja, welche und mit welchem Hintergrund: _____

6. Ist eine familiäre, erbliche Disposition zur Osteoporose bekannt?

ja nein

7. Besteht eine Verminderung der Knochendichte?

ja nein

8. Hatten/Haben Sie einen Knochenbruch?

ja nein

Wenn ja, wann:

9. Besteht eine Sturzgefährdung?

ja nein

10. Gibt es weitere persönliche Gründe, die Sie davon abhalten könnten, ohne
medizinische Kontrolle Sport zu treiben?

ja nein

Wenn ja, welche:

11. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?

ja nein

12. Hatten Sie in den letzten 2 Wochen Fieber?

ja nein

Hiermit versichere ich, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Der Ablauf der sportlichen Aktivitäten ist mir bekannt, meine Teilnahme daran ist eigenverantwortlich.

Ort/Datum:

Unterschrift:
