



Mit Hilfe der folgenden Fragen möchten wir einen Eindruck von Ihrer individuellen Belastbarkeit und sportlichen Vorerfahrung erhalten. 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: _____

1. Hat Ihnen jemals ein:e Ärzt:in Sport nur unter ärztlicher Kontrolle empfohlen?

- Ja
- Nein

2. Haben Sie bei körperlichen Belastungen Schmerzen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wo: _____

3. Haben Sie ohne körperliche Belastung Schmerzen?

- Ja
- Nein

Wenn ja, wo: _____

4. Haben Sie gesundheitliche Defizite/ Diagnosen?

- Ja, nämlich: _____
- Nein

5. Nehmen Sie Medikamente?

- Ja, nämlich: _____
- Nein



6. Haben Sie Osteoporose bzw. ist eine familiäre Disposition bekannt?

- Ja
 Nein

7. Besteht bei Ihnen eine Sturzgefährdung?

- Ja
 Nein

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

- Ja, nämlich: _____
 Nein

9. Fühlen Sie sich zurzeit gesund?

- Ja
 Nein, weil _____

10. Gibt es eine Bewegung/ Übung, die Sie (zur Zeit) nicht oder nur schwer ausführen können?

- Ja, nämlich _____
 Nein

Hiermit versichere ich, alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet zu haben. Meine Teilnahme am Kursprogramm/ Sportprogramm ist freiwillig.

Ort/ Datum: _____

Unterschrift: _____