



Eingangsfragebogen zur Erstellung der Testserie

1. Angaben zu Ihrer Person

Name:..... Vorname:.....

geb. am:.....

Tel.:.....

Anschrift:.....

Krankenkasse:.....

Familienstand: ledig verheiratet

sonstiges.....

2. Ihre persönliche Arbeitsbelastung

Wie würden Sie Ihre Tätigkeit im Beruf beschreiben?

überwiegend stehend

überwiegend sitzend

überwiegend in Bewegung

3. Risikofaktoren

a. Wie hoch ist Ihr Blutdruck?

Weiß nicht

unter 100/70

ist

unter 140/90

über 150/100

unter 120/80

b. Rauchen Sie? Ja Nein gelegentlich

c. Wieviel kg wiegen Sie Welche Körpergröße haben Sie

d. Ist ein Elternteil vor dem 60. Lebensjahr an Angina pectoris und/oder Herzinfarkt und/oder Schlaganfall erkrankt?

ja nein

4. Schmerzen

Leiden Sie unter Schmerzen? ja

nein

Wenn ja, dann tragen Sie bitte in die Kreise der nebenstehenden Skizze, die für Ihre Schmerzen zutreffenden Körperregionen und Schmerzstärken anhand der nachfolgenden Ziffern ein ☺

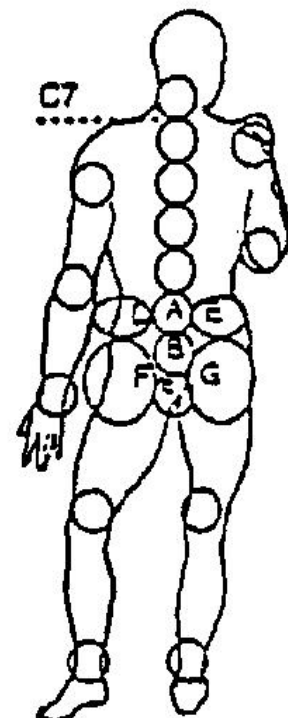
1=hin und wieder

2=häufiger (mehrmals im Monat)

3=sehr oft (in der Woche)

4=ständig

(Bitte umblättern)



5. Beschwerden/ Erkrankungen im orthopädischen Bereich

Leiden Sie an einer der aufgeführten Erkrankungen?

- Skoliose Arthrose Bandscheibenvorfall
 Osteoporose Morbus Bechterew Morbus Scheuermann
 Sonstiges, und zwar

Sind Sie zur Zeit wegen einer dieser Erkrankungen in ärztlicher oder physiotherapeutischer Behandlung? Ja Nein

Bei welchem Facharzt und seit wann?

6. Beschwerden/ Erkrankungen im internistischen Bereich

Leiden Sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen?

- Herzinfarkt Asthma Diabetes mellitus
 Schlaganfall Bluthochdruck Schilddrüsenstörung
 Brustschmerzen Rheuma Neurodermitis
 Sonstiges und wenn ja, seit wann?
.....

Seit wann sind Sie deswegen in ärztlicher Behandlung?

Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?

- Ja Nein

7. Sportliche Betätigung

Sind Sie zur Zeit sportlich aktiv? Ja Nein

Bitte tragen Sie die Sportarten ein und nennen Sie die Häufigkeit der Ausübung.

Sportarten ☺	regelmäßig (mind. 1x pro Woche)	unregelmäßig
1.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Welche Ziele streben Sie durch Ihr körperliches Training an?

Nennen Sie die drei wichtigsten Ziele in deren Rangfolge 1 bis 3

- Prävention Ausgleich zum Beruf Gewichtsreduktion
 Gewebestraffung Muskelaufbau Kraftausdauer
 Verbesserung der Ausdauer Spaß an der Bewegung
 Vorbereitung zum Wettkampf Weiterführung der Rehabilitation
 einfach fitter werden Sonstige Ziele:

9. Wie sind Sie auf unser Sportzentrum aufmerksam geworden?

- Mein Arzt hat Sie empfohlen vorbeigelaufen Zeitung/Presse
 Freunde/Bekannte

Name: heutiges Datum:

Vielen Dank für Ihre freundliche Mitarbeit ☺