

Fragebogen

zum allgemeinen Gesundheitszustand



Sehr geehrte/r Kursteilnehmer/in,

bitte beantworten Sie den folgenden Fragebogen gewissenhaft! Bitte schreiben Sie die Antworten auf oder antworten Sie durch Ankreuzen (x) der Alternative, die Ihren Zustand am besten beschreibt!

Nachname	_____	Vorname	_____
----------	-------	---------	-------

Größe	_____	Gewicht	_____	Geburtsdatum	□□□□□□□□□□
-------	-------	---------	-------	--------------	------------

1. PAR-Q: Fragebogen zur Erfassung körperlicher Aktivitäten

Dieser Fragebogen dient dazu, auf einfache Weise festzustellen, ob aus medizinischer Sicht Bedenken bei der Ausübung von körperlichen Aktivitäten bestehen.

- Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herzen“ und Ihnen Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen? Ja Nein
- Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung? Ja Nein
- Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen gehabt? Ja Nein
- Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder für ein Herzproblem verschrieben? Ja Nein
- Haben Sie schon ein- oder mehrmals das Bewusstsein verloren oder sind Sie ein- oder mehrmals wegen Schwindel gestürzt? Ja Nein
- Haben Sie ein Knochen- oder Gelenkproblem, das sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnte? Ja Nein
- Nehmen Sie zurzeit regelmäßig Medikamente? Ja Nein
- Ist Ihnen aufgrund persönlicher Erfahrung oder ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, der Sie davon abhalten könnte, ohne medizinische Kontrolle Sport zu treiben? Ja Nein

Sollten Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit „Ja“ beantwortet haben, benötigen wir von Ihrem Arzt eine Bescheinigung, die es Ihnen erlaubt das Bewegungsprogramm zu beginnen.

2. Nachfolgend noch einige weitere Fragen zu Ihrem aktuellen Gesundheitszustand.

Haben/hatten Sie derzeit oder in den vergangenen Wochen körperliche Beschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche Körperteile waren betroffen?

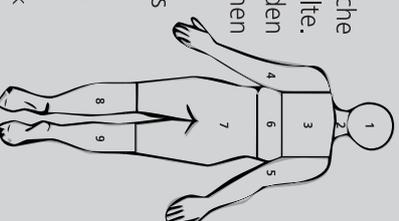
Leiden Sie an anderen relevanten Erkrankungen (z.B. Diabetes, Asthma, Herz-Kreislauf-Erkrankungen (hoher Blutdruck, KHK, Herzinfarkt, Durchblutungsstörungen etc.)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

3. Schmerzkarte

Markieren Sie bitte in der Figur die Stellen, an denen Sie in der letzten Woche Schmerzen verspürt haben bzw. die Bereiche, in die der Schmerz ausstrahlte. Markieren Sie die Stellen mit einem "X", an denen Sie stechenden, nagenden oder dumpfen Schmerz empfanden und die Stellen mit einem "O", an denen Sie Müdigkeits-, Steifheits- oder Taubheitsgefühle hatten.

Wenn Sie Schmerzen hatten, an wie vielen Tagen des vergangenen Monats war das der Fall? Hat der Schmerz Sie bei Ihren Alltagsaktivitäten behindert? (Bitte machen Sie ein Kreuz auf der Linie) sehr stark gar nicht



4. Körperliche Aktivitäten in der Freizeit

Bitte kreuzen Sie die Gruppe an, die am besten auf Sie zutrifft.

- 1 In meiner Freizeit lese ich, sehe fern, höre Musik, gehe ins Kino oder in ein Restaurant oder beschäftige mich mit anderen Dingen, die nicht körperlich anstrengend sind.
 - 2 In meiner Freizeit gehe ich wandern oder fahre Fahrrad, pflege meinen Garten, bin mit meiner Familie aktiv oder übe gelegentlich andere körperliche Aktivitäten aus.
 - 3 Ich bin regelmäßig körperlich aktiv, mindestens zweimal pro Woche. Dabei schwitze ich und erhöhe meine Herzfrequenz für mindestens 30 Minuten (z.B.: Jogging, Tennis, Aerobic, Rad fahren, usw.).
- Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit!