

Gesundheitsfragebogen

Das Ausfüllen des Gesundheitsfragebogens ist freiwillig. Die Informationen werden von der Leiterin / vom Leiter ausschliesslich im Zusammenhang mit dem aktuellen Kurs verwendet und finden keinen Eingang in eine weitergehende Datensammlung. Sie werden nach dem Kurs vernichtet.

Personalien

Name:	Vorname:
Adresse:	PLZ/Ort:
Geburtsdatum:	Mobile-Nr.:
E-Mail:	

Notfallkontakt (wird im Falle eines Unfalls kontaktiert)

Name:	Vorname:
Mobile-Nr.:	

Sportliche Aktivitäten

Treiben Sie regelmässig Sport?

Noch nicht 1x pro Woche 2–3x pro Woche mehr als 3x pro Woche

Wenn ja, seit wie vielen Jahren? _____

Welche Sport- bzw. Bewegungsarten? _____

Was sind Ihre sportlichen Ziele? _____

Wie oft pro Woche werden Sie sich für Bewegung Zeit nehmen? _____

Gesundheitsfragen

	Ja	Nein
Fühlen Sie sich gesund?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn nein: weshalb nicht?		
Hat Ihnen jemals ein Arzt Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: aus welchem Grund?		
Hatten Sie jemals Herzprobleme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hatten Sie jemals Kreislaufbeschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Leiden Sie unter Asthma?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Allergien?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?		
Haben Sie ein Problem am Bewegungsapparat? (Gelenke, Knochen, Sehnen, Muskeln, Bänder, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?		
Gibt es weitere gesundheitsspezifische Angaben, die für Ihre Teilnahme am Running-Kurs relevant sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja: welche?		

Bemerkungen

Datum _____ Unterschrift: _____