



TV 1844 Idstein j.P.



## Eingangsfragebogen

Sehr geehrte Teilnehmerinnen und Teilnehmer,  
mit der Beantwortung dieses Fragebogens helfen Sie uns, dass wir Sie in unseren  
Veranstaltungen optimal und vertrauensvoll betreuen können. Selbstverständlich werden Ihre  
Daten und Angaben streng vertraulich behandelt ; eventuelle Fragen besprechen wir gerne mit  
Ihnen persönlich. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen dem Datenschutz. In unseren  
Veranstaltungen stehen rehabilitative und präventive Angebote zur Verbesserung Ihrer  
Gesundheit im Mittelpunkt unserer Bemühungen. Bitte beachten Sie, wenn Sie nach längerer  
Unterbrechung oder Krankheit erstmalig an einem Sportangebot teilnehmen, dass Sie hierzu  
Ihren Hausarzt befragen. Tertiär – präventive bzw. rehabilitative Ziele können nur nach einer  
ärztl. Empfehlung / Verordnung durchgeführt werden.

Bitte lesen Sie die Fragen sorgfältig und beantworten Sie sie ehrlich mit JA oder NEIN:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Fragen zum Gesundheitszustand :

Leiden Sie unter .... ?,

- |                                   |                             |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Diabetes                          | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Epilepsie                         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Harninkontinenz (bei Wassersport) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |



### Erkrankungen

- |                                   |                             |                               |
|-----------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Der Atemorgane                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Des Herz-Kreislauf-Systems        | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Des Stoffwechselapparates         | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Der Wirbelsäule                   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Der Gelenke                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Des restlichen Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Starkem Stress                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Infektanfälligkeit                | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Verletzungen oder Entzündungen    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Haben Sie Gleichgewichtsstörungen  ja  nein

Haben Sie chronische Erkrankungen  ja  nein

Haben Sie sich von Ihrem Hausarzt vor dieser Veranstaltung beraten bzw.

untersuchen lassen  ja  nein

Nehmen Sie derzeit Medikamente ein,

die zu Beeinträchtigungen führen  ja  nein

Kennen Sie Ihren Ruhepuls ?  ja  nein Schläge/Min. \_\_\_\_\_

Kennen Sie Ihren Blutdruck ?  ja  nein mm/HG \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Ich habe diesen Fragebogen gelesen, verstanden und vollständig beantwortet. Alle meine zusätzlichen Fragen wurden zu meiner vollsten Zufriedenheit beantwortet.**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_