

## Gesundheits-Eingangsfragebogen

Sehr geehrte Kursteilnehmer/-innen,

mit der Beantwortung dieses Fragebogens helfen Sie uns, Sie in diesem Kurs optimal zu betreuen. Selbstverständlich werden Ihre Antworten vertraulich behandelt, eventuelle Fragen besprechen wir gerne mit Ihnen persönlich. Ihre Angaben sind freiwillig und unterliegen dem Datenschutz.

Kurs:

Datum:

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

---

- |    |  |        |          |
|----|--|--------|----------|
| 1. | Haben Sie Erkrankungen des Herzens?<br>Wenn ja, welche?<br>Nehmen Sie Herzfrequenzsenkende Mittel? | Ja ( ) | Nein ( ) |
|    |  | .....  | .....    |
| 2. | Haben Sie Arthrose?<br>Wenn ja, in welchen Gelenken?   | Ja ( ) | Nein ( ) |
|    |  | .....  | .....    |
| 3. | Haben Sie Schmerzen?<br>Wenn ja, bei welchen Bewegungen?   | Ja ( ) | Nein ( ) |
|    |  | .....  | .....    |
| 4. | Haben Sie Epilepsie?<br>Wenn ja, welche Medikamente nehmen Sie?                                    | Ja ( ) | Nein ( ) |
|    |  | .....  | .....    |
| 5. | Haben Sie Probleme mit dem Kreislauf   | Ja ( ) | Nein ( ) |
| 6. | Sonstige Erkrankungen, welche zu Problemen beim Bewegen im Wasser führen könnten?                  |        |          |
|    |  | .....  | .....    |
| 7. | Können Sie schwimmen?  | Ja ( ) | Nein ( ) |
| 8. | Ich bin mit einer kapillaren Blutabnahme einverstanden   | Ja ( ) | Nein ( ) |

.....  
Unterschrift Kursteilnehmer