

Gesundheits-Fragebogen

Vertrags-Nr.

☐ Frau ☐ Herr

Geburtsdatum

Vorname

Name

Straße

PLZ/Ort

Krankenversicherung

Bitte ausfüllen und zusammen mit allfälligen vorhandenen Röntgenbildern, anderen Untersuchungsunterlagen und Ihrer Trainingskarte zur ärztlichen Trainingsberatung mitbringen.

1. Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? ☐ ja ☐ nein Warum?

2. Leiden Sie unter Herz-Kreislauf-Beschwerden? ☐ ja ☐ nein Welche?

3. Nehmen Sie Medikamente? ☐ ja ☐ nein Welche?

4. Waren Sie in Ihrem Leben einmal ernsthaft krank? ☐ ja ☐ nein Krankheit?

5. Haben oder hatten Sie Rücken- oder Nackenschmerzen? ☐ ja ☐ nein Seit wann?

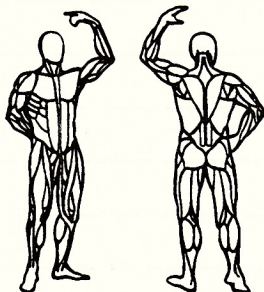
6. Ist Ihre körperliche Leistungsfähigkeit durch Schmerzen oder Krankheiten eingeschränkt? ☐ ja ☐ nein Warum?

7. Treiben Sie regelmäßig Sport? ☐ ja ☐ nein Sportart

8. Welche Therapien wurden an Ihnen aufgrund Ihrer Beschwerden durchgeführt?

☐ Krankengymnastik	Anzahl Behandlungen	☐ Fango	Anzahl Behandlungen
☐ Elektrotherapie	Anzahl Behandlungen	☐ Massage	Anzahl Behandlungen
☐ Chirotherapie	Anzahl Behandlungen	☐ Extensionen	Anzahl Behandlungen
☐ Andere			Anzahl Behandlungen

9. Zeichnen Sie auf der Skizze ein, wo Sie Schmerzen haben und wohin diese ausstrahlen.



Besten Dank für Ihre Mitarbeit

Ihr Kieser Training-Team

Ärztliche Untersuchung

wird vom Arzt ausgefüllt

Allgemeinbefund pathologisch

- ☐ Lunge
- ☐ Herz-Kreislauf
- ☐ Gefäßsystem
- ☐ Haut
- ☐ Abdominalsystem
- ☐ Kopf/Hals
- ☐ Nervensystem
- ☐ Sinnesorgane

Ruhe-Blutdruck

/

Ruhe-Puls

/min

Gewicht

kg

Größe

cm

Bemerkungen

Orthopädischer Befund Biometrische Daten in cm

Finger-Boden-Abstand

Gekreuzter Nackengriff

Beinlängendifferenz

☐ Anatomisch

☐ Funktionell

Li

Re

Wirbelsäule/Rumpf	oB	B	pB	Obere Extremitäten	oB	B	pB	Untere Extremitäten	oB	B	pB
Rückenmuskulatur				Schultern	Li			Hüfte	Li		
Bauchmuskulatur					Re				Re		
Rundrücken/Hohlrundrücken				Ellbogen	Li			Knie	Li		
Klopfschmerz der Wirbelsäule					Re				Re		
Skoliose				Handgelenk	Li			OSG	Li		
Haltungsschwäche					Re				Re		
Beweglichkeit der HWS				Finger	Li			USG	Li		
BWS					Re				Re		
LWS				Muskulatur				Muskulatur			

☐ Pathologische Gelenkgeräusche

Bemerkungen

Beurteilung ☐ selbstständiges Training ☐ assistiertes Training ☐ Überweisung Hausarzt/Facharzt

Wichtige Maschinen

Kontraindizierte Maschinen

Trainingsbesonderheiten

Fragebogen

☐ Frau ☐ Herr

Vorname _____ Name _____

Adresse _____

Geburtsdatum _____ Beruf _____

Erklärung: Ich entbinde mit meiner Unterschrift den unterzeichnenden Arzt von seiner Schweigepflicht im Rahmen der unten stehenden Angaben.

Ort/Datum _____ Unterschrift _____

Vom Arzt auszufüllen

1. Bestehen für ein Krafttraining Kontraindikationen oder müssen Besonderheiten berücksichtigt werden?

2. Ergeben sich daraus Trainingsauflagen oder Trainingseinschränkungen?

Ort/Datum _____

Stempel/Unterschrift _____