**Persönliche Angaben**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Name, Vorname Straße

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Geburtsdatum PLZ, Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
Mitgliedsnummer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Ja** | **Nein** | **Nicht bekannt** |
| **1. Ärztliche Behandlung / Medikamenteneinnahme** |
| Sind Sie zurzeit in ärztlicher Behandlung? |  |  |  |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| Nehmen Sie zurzeit Medikamente ein? |  |  |  |
| **2. Atemwege** |
| Leiden Sie an Problemen der Atemwege? |  |  |  |
| falls JA: Welche?chronische Bronchitis(Leistungs-)AsthmaAndere: .................................................................................................................... |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| **3. Herzkreislaufrisiko** |
| Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten „etwas am Herz“ und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen? |  |  |  |
| Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? |  |  |  |
| Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung? |  |  |  |
| Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben schon jemals das Bewusstsein verloren? |  |  |  |
| Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems verschrieben? |  |  |  |
| **4. Stoffwechsel** |
| Liegt bei Ihnen ein Diabetes mellitus vor? |  |  |  |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |
| **5. Bewegungsapparat** |
| Haben Sie Probleme an Gelenken, Knochen und / oder Muskeln, die sich unter körperlicher Aktivität verschlechtern könnten? |  |  |  |
| falls JA: Welche?RückenSchulternKnie Andere: .................................................................................................................... |
| falls JA: Können Sie trotzdem ohne zusätzliches Risiko trainieren? |  |  |  |

**6. Trainingsneueinsteiger**

Auf Grund Ihres Alters gelten Sie gemäß den Richtlinien ärztlicher und sportmedizinischer Fachgremien als Trainierende / Trainierender im fortgeschrittenen Alter (Männer > 40 Jahre / Frauen > 50 Jahre). Deshalb ist eine Abklärung Ihrer „persönlichen Trainingsvergangenheit“ nötig. Wie oft haben Sie sich im Verlaufe des letzten Jahres an einem Stück mindestens 20-30 Minuten intensiv (= schweißtreibend) bewegt oder trainiert?

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Ø 4x bis täglich pro Woche | Ø 2x-3x pro Woche | Ø 1x pro Woche | Ø 1x vierzehn-täglich | Ø 1x monatlich | weniger als 1xMonat |

**7. Allgemein**

Ist Ihnen, aufgrund persönlicher Erfahrung oder aufgrund eines ärztlichen Rats, ein weiterer Grund bekannt, warum Sie nicht körperlich aktiv / sportlich aktiv sein sollten?

JA NEIN

**8. Erklärung**

Damit auch bezüglich des Gesundheitsrisikos stets eine adäquate Betreuung möglich ist, verpflichte ich mich, das Studio über Änderungen des Gesundheitszustandes und/oder einer aktuellen ärztlichen Behandlung im Vergleich zu den vorgehend gemachten Angaben umgehend zu informieren, insbesondere über eine aktuelle Medikamenteneinnahme oder über Gesundheitsprobleme, welche eine ärztliche Behandlung nötig machen.

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich die Fragen nach bestem Wissen beantwortet habe.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum, Unterschrift Trainer Datum, Unterschrift Mitglied