



# Mobilathlon Fragebogen

## Fragebogen Gesundheit, Bewegung und Sport

Stammdaten	
Name und Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse	
Tätigkeit (bei wem?)	
Körpergewicht in kg	
Körpergröße in cm	
Telefon Privat	
Mobiltelefon	
E-mail	

Erkrankungen	
Haben Sie bekannte Erkrankungen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche?)
Hatten Sie in letzter Zeit Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Leiden Sie unter Schwindel oder haben sie je das Bewusstsein verloren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Haben Sie Knochen- oder Gelenksprobleme, die sich unter Belastung verschlechtern können?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche?)
Kennen Sie irgendeinen weiteren medizinischen Grund, warum sie nichtsportlich aktiv sein sollten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (welche?)
Sind Sie in den letzten Monaten gestürzt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (wie?)
Haben Sie in der Familie (Eltern, Geschwister, Kinder) Erkrankungen?	
Frühere Erkrankungen:	
Jetzige Beschwerden? Welche?	
Medikamente und Substitution?	
Allergien? Welche?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nikotin? Menge pro Tag, seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Alkohol? Menge pro Tag, seit wie vielen Jahren?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Tägliche Arbeitszeit? (h/Tag)	
Durchschnittliche Schlafzeit?	
Belastung (Stress, körperlich, beruflich, privat)	

Ernährung	
Anzahl Mahlzeiten pro Tag?	Regelmässig? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besondere Ernährungsformen?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Trinkmenge pro Tag (Liter)?	

Jetziges Bewegungs-und Trainingsprogramm?				
<input type="checkbox"/> sportlich Inaktiv				
<input type="checkbox"/> Gesundheitssport		<input type="checkbox"/> Freizeitsport		<input type="checkbox"/> Leistungssport
Welche Sportarten betreiben sie?				
Sportart:	-pro Woche	-Stunden	-Anzahl km/Woche?	Training regelmässig
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
				<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

Für Sportler	
Wurde in den letzten 12 Wochen regelmässig trainiert?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Gab es in den letzten 12 Monaten (krankheitsbedingte) Ausfälle?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Was war der Trainingsschwerpunkt der letzten Wochen?	
Wann war der letzte Wettkampf? Ergebnis?	
Was ist Ihre persönliche Bestzeit beziehungsweise Ihr grösster Erfolg?	

Allgemein	
Wie sind sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> Empfehlung durch: <input type="checkbox"/> Flyer <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Verein, welcher?

Ziele	
Aus welchem Grund haben sie sich für ein Training bei uns entschieden?	
Was sind ihre persönlichen Ziele (sportlich, beruflich, privat)?	

Biberist, den	Unterschrift:
---------------	---------------