

Id-Nr.

Fragebogen für Teilnehmer der SPORT PRO GESUNDHEIT Angebote

Der nachfolgende Fragebogen wird im Rahmen des SPORT PRO GESUNDHEIT - Angebotes eingesetzt, um gesundheitliche Risiken der Teilnehmer auszuschließen und dem Kursleiter einen Überblick über den aktuellen Gesundheitszustand und die Leistungsfähigkeit des Teilnehmers zu geben. Die Daten dienen ausschließlich zur vertraulichen Information des Kursleiters und zu anonymen statistischen Erhebungen.

Bitte beantworten Sie alle Fragen in Ihrem eigenen Interesse möglichst exakt und umfassend. Sind Sie sich bei der Beantwortung einer Frage unsicher, so klären Sie bitte Ihre Fragen im Gespräch mit dem Kursleiter.

Fragen zur Person

Geschlecht: männlich weiblich

Größe: cm Gewicht: kg BMI

aktuell ausgeübter Beruf: _____

Ausschluss von Gesundheitsproblemen, die einer ärztlichen Entscheidung bedürfen¹

Hat Ihnen jemals ein Arzt gesagt, Sie hätten "etwas am Herzen" und Ihnen nur unter medizinischer Kontrolle Bewegung und Sport empfohlen?	JA	NEIN
Hatten Sie im letzten Monat Schmerzen in der Brust in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	JA	NEIN
Haben Sie Probleme mit der Atmung in Ruhe oder bei körperlicher Belastung?	JA	NEIN
Sind Sie jemals wegen Schwindel gestürzt oder haben Sie schon jemals das Bewusstsein verloren?	JA	NEIN
Haben Sie Knochen- oder Gelenkprobleme, die sich unter körperlicher Belastung verschlechtern könnten?	JA	NEIN
Hat Ihnen jemals ein Arzt ein Medikament gegen hohen Blutdruck oder wegen eines Herzproblems oder Atemproblems verschrieben?	JA	NEIN
Kennen Sie einen weiteren Grund, warum Sie nicht körperlich/sportlich aktiv sein sollten?	JA	NEIN

Sollten Sie eine oder mehrere dieser Fragen mit "Ja" beantwortet haben, empfehlen wir Ihnen dringend, Ihren Arzt aufzusuchen, bevor Sie Ihr Bewegungsprogramm beginnen (oder fortsetzen).

¹ PAR-Q (Physical Activity Readiness Questionnaire), empfohlen von American Heart-Association und American College of Sports Medicine

Aktueller Gesundheitszustand

Haben Sie sich in den letzten zwei Jahren einem Gesundheits-Check unterzogen?

JA	NEIN
JA	NEIN

Wenn ja, mit Belastungs-EKG?

Nehmen Sie derzeit regelmäßig Medikamente ein (auch Einreibungsmittel, Nasenspray, Nahrungsergänzungsmittel, ...), wenn ja, welche?

Welche Beeinträchtigungen stören z.Z. Ihr Wohlbefinden?

→ Rückenschmerzen JA NEIN

wenn ja, kreuzen Sie im Diagramm an:

Schmerzen	<i>stark</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<i>keine</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<i>nie</i>			Häufigkeit		<i>immer</i>

→ Gelenkprobleme, wenn ja welche Gelenke ? JA NEIN

→ Kreislaufprobleme (z.B. Schwindel)	JA	NEIN
→ Atemnot (unter Belastung)	JA	NEIN
→ Kopfschmerzen	JA	NEIN
→ andere, wenn ja welche	JA	NEIN

Wurde bei Ihnen folgendes schon einmal festgestellt?

	ja	nein	nie untersucht	Wert bekannt
hohe Blutzuckerwerte				
niedrige Blutzuckerwerte				
hoher Blutdruck				
niedriger Blutdruck				
hohe Fettwerte				
hohe Harnsäurewerte (Gicht)				
Thrombose-Neigung				
Rheuma				
Osteoporose				
Epilepsie				
Hauterkrankungen				
Augenerkrankungen				
Trommelfeldefekte				

Überblick zur aktuellen körperlichen Fitness

Waren Sie früher schon sportlich aktiv?

JA	NEIN
----	------

Sportarten/Zeitraum:

Wie sportlich aktiv waren Sie im Durchschnitt im letzten Jahr ?
 Bitte kreuzen Sie im Diagramm an, wie oft und wie lange Sie am Tag Sport treiben:
 (Bsp. 2mal an jedem Werktag 15 Minuten Rad fahren → 20-40min, 4-5mal in der Woche)

> 60 min						
40 - 60 min						
20 - 40 min		X				
10 - 20 min						
< 10 min						
	6-7 mal in der Woche	4-5 mal in der Woche	2-3 mal in der Woche	einmal in der Woche	2-3 mal im Monat	max. einmal im Monat

Sportarten:

Welche Ziele verfolgen Sie mit dem Sporttreiben?

<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit verbessern	<input type="checkbox"/> Leistungsfähigkeit verbessern
<input type="checkbox"/> Spaß, Freude	<input type="checkbox"/> Ausdauer verbessern	<input type="checkbox"/> etwas für die Gesundheit tun
<input type="checkbox"/> Neues erlernen	<input type="checkbox"/> sonstiges: _____	

Welche Erwartungen haben Sie darüber hinaus an unser Sportangebot?

In jeder neuen Situation gibt Unsicherheiten, eventuell Ängste. Welche Situationen im Kursverlauf wären Ihnen persönlich unangenehm?

Die letzte Seite dieses Fragebogens füllen wir erst während der ersten Kursstunde aus. Dabei möchten wir Ihre Anstrengung während des Trainings im Wasser bestimmen. Die empfundene Belastung hängt von der Beanspruchung und Ermüdung der Muskulatur ab; aber auch von Atemlosigkeit, Luftnot oder Brustschmerzen.

Empfundene Anstrengungen im Training

Auf der folgenden Skala des Anstrengungsempfindens gibt es 15 Stufen zwischen 6 (überhaupt nicht anstrengend) und 20 (maximale Anstrengung). Versuchen Sie, Ihr Anstrengungsempfinden so spontan und ehrlich wie möglich anzugeben, ohne über die aktuelle Belastung nachzudenken. Versuchen Sie, die Anstrengung weder zu über- noch unterschätzen. Ihre eigene Empfindung von Leistung und Anstrengung ist wichtig, nicht die im Vergleich zu anderen.

Schauen Sie auf die Skala und die begleitenden Worte und kreuzen Sie eine Zahl an.

überhaupt nicht anstrengend	6
	7
extrem leicht	8
sehr leicht; wie das normale Gehen im eigenen Tempo.	9
	10
	11
	12
etwas anstrengend; man kann bei der Belastung aber gut weitermachen.	13
	14
anstrengend / schwer; aber Fortfahren ist noch möglich.	15
	16
sehr anstrengend; Sie können die Belastung noch weitermachen, müssen sich aber sehr anstrengen und sind bald erschöpft.	17
	18
extrem anstrengend	19
maximale Anstrengung; die stärkste, die Sie jemals erlebt haben.	20

Vielen Dank !

Klaus-Jürgen Heilemann

Bemerkungen/Ergänzungen/Hinweise: