

Gesundheits-Check

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen
vor Ihrer Teilnahme am **gesundheitsfördernden Bewegungsprogramm!**

Name, Vorname: _____ Datum: _____

Unterschrift: _____

	Ja	Nein
Hat Ihnen der Arzt gesagt, dass Ihr Herz in keinem guten Zustand ist und dass Sie Sport nur nach ärztlicher Verordnung betreiben sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie Schmerzen in der Brust, wenn Sie sich körperlich anstrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie im letzten Monat Brustschmerzen in Momenten, in denen Sie sich nicht körperlich anstrengen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verlieren Sie aufgrund von Schwindel leicht Ihr Gleichgewicht oder wurden Sie jemals ohnmächtig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haben Sie ein Knochen oder Gelenkproblem (Knie, Hüftgelenk, Schulter, Wirbelsäule) das sich durch eine Veränderung Ihrer körperlichen Aktivität verschlimmern könnte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verschreibt Ihnen Ihr Arzt momentan Herzmittel oder Medikamente für ihren Blutdruck (z.B. Betablocker)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennen Sie einen anderen Grund, warum Sie keinen Sport treiben sollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PAR-Q

Physical Activity Readiness Questionnaire der Canadian Society for Exercise Physiology (2002)

Wichtig!

Wenn Sie eine dieser Fragen mit „ja“ beantwortet haben oder sich bei der Beantwortung unsicher sind, sollten Sie vor Kursbeginn Ihre Teilnahme von Ihrem Hausarzt überprüfen lassen.