



Gesundheits- & Fitness-Check für Erwachsene

Die Gesundheit unserer Gäste liegt uns sehr am Herzen. Deshalb bitten wir Sie, diesen Gesundheits- und Fitness-Check bei Ihrer Anmeldung abzugeben. So haben wir die Möglichkeit, den Kurs optimal auf das Leistungsniveau der Teilnehmer abzustimmen und besser auf Ihre individuellen Bedürfnisse einzugehen, damit Sie das Beste aus sich herausholen können. Zu Ihrem eigenen Wohl ist die Teilnahme an unseren Kursen ohne diese Auskunft leider nicht möglich. Hierfür bitten wir Sie um Verständnis. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben!

Ihr Bambados-Team

PS: Selbstverständlich behandeln wir die Informationen vertraulich. Eine Weitergabe an Dritte oder Verwendung zu Werbezwecken erfolgt nicht.

1. Angaben zur Person

Herr Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ

Ort

Telefonnummer

E-Mail

Das Bambados darf mir den aktuellen Newsletter per E-Mail zusenden? Ja Nein

2. Körperliche Fitness

Wann haben Sie zuletzt regelmäßig (d. h. mind. 2x pro Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten) trainiert?

Monat

Jahr

3. Medizinische Angaben (körperliche Voraussetzungen)

Innere Organe, Hauterkrankungen, etc.

Kommen Sie schnell außer Atem bei körperlichen Alltagsbelastungen? Ja Nein

Hatten Sie früher oder haben Sie heute Herzbeschwerden? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie herzkreislaufwirksame Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Nehmen Sie weitere Medikamente? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter einer chronischen Atemwegserkrankung? Ja Nein

Wenn ja, welche?

(bitte wenden)

Gesundheits- & Fitness-Check für Erwachsene

Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)? Ja Nein

Wenn ja, welche Erkrankung?

Haben Sie einen zu hohen Blutdruck (über 140/90 mmHg)? Ja Nein

Leiden Sie unter venösen Durchblutungsstörungen (z. B. Krampfadern)? Ja Nein

Leiden Sie unter arteriellen Durchblutungsstörungen („Schaufensterkrankheit“)? Ja Nein

Leiden Sie unter Hautkrankheiten oder Allergien? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Leiden Sie unter Muskelkrämpfen? Ja Nein

Haben Sie ein Anfallsleiden? Ja Nein

Haben Sie Seh- bzw. Hörschwierigkeiten? Ja Nein

Haben Sie eine neurologische Erkrankung oder Beschwerden? Ja Nein

Sonstiges und zwar:

Orthopädie

Hatten Sie in den letzten sechs Monaten eine Operation? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Geben Sie jede Körperregion an, die von Verletzungen oder chronischen Leiden betroffen ist, und erläutern Sie den Zustand (z. B. Arthrose, rheumatische Zustände, Rückenprobleme, Tennisellenbogen, Nervenprobleme, Knochenbrüche, etc.)

Kopf, Hals

Schultergürtel

Arm, Ellenbogen, Handgelenk, Hand

Rücken

Becken, Hüfte

Oberschenkel, Knie, Kniescheibe

Unterschenkel, Sprunggelenke, Fuß

Sonstiges (z. B. Implantate, künstliche Gelenke)

Benutzen Sie orthopädische Hilfsmittel (z. B. Einlagen, spezielle Schuhe, Schienen, Stützstrümpfe)? Ja Nein

Wenn ja, welche?

Vorsorge

Wann war Ihr letzter Gesundheitscheck beim Arzt? Monat Jahr

Körpermaße

Gewicht [kg] Größe [cm]

Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

Wir bewegen Bamberg.
www.stadtwerke-bamberg.de