



## 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*

### 1. Angaben zur Person

Herr  Frau

Name

Vorname

Geburtsdatum

Notfallnummer

### 2. Körperliche Fitness

Haben Sie regelmäßig mind. 2x pro Woche über einen Zeitraum von mehreren Monaten trainiert?

Ja

Nein

### 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

Nehmen Sie weitere Medikamente?

Ja  Nein

Leiden Sie unter einer chronischen Atemwegserkrankung?

Ja  Nein

Wenn ja, welche?

# Gesundheits- & Fitness-Check für Erwachsene

- Sind Sie zuckerkrank (Diabetes mellitus)?  Ja  Nein
- 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
- 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

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)

Datum

Unterschrift

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung!*

## Datenschutzhinweis

Ich bin damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten nach Maßgabe der EU-DSGVO und des BDSG zur Durchführung des oben genannten Vorganges erfasst, verarbeitet und genutzt werden. Ein Austausch der Daten mit Dritten außerhalb des Konzerns Stadtwerke Bamberg erfolgt nur, soweit dies zur Abwicklung des Vorganges erforderlich ist.

Ein Datenschutzbeauftragter wurde durch den Konzern Stadtwerke Bamberg bestellt. Unsere ausführlichen Datenschutzerklärungen können Sie unter [www.stadtwerke-bamberg.de/datenschutz](http://www.stadtwerke-bamberg.de/datenschutz) nachlesen.

**Wir bewegen Bamberg.**  
[www.stadtwerke-bamberg.de](http://www.stadtwerke-bamberg.de)