



**Gesundheitsfragebogen**

Personalien:	Raucher: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Name:	Wenn ja: seit ... Jahren ... Zigaretten/Tag
Vorname:	Geburtsdatum:
Strasse:	Grösse: Gewicht:
PLZ/Ort:	Sportart:
Telefon P:	Verein:
Telefon G:	Kader:
Natel:	Swiss Olympic Card: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

1. Haben Sie in den letzten 3 Monaten regelmässig (im Durchschnitt 3-mal pro Woche jeweils mindestens 20 Minuten) ein Ausdauertraining betrieben?  
 Ja  Nein
2. Ist bei Ihnen eine Lungen- oder Herzerkrankung bekannt?  
 Ja  Nein
3. Hatten Sie je Brustschmerzen oder Herzrhythmusstörungen mit oder ohne körperliche Belastung?  
 Ja  Nein
4. Leiden Sie unter Asthma oder chronischer Bronchitis?  
 Ja  Nein
5. Haben Sie je das Gleichgewicht wegen Schwindel verloren oder sind Sie je ohnmächtig geworden?  
 Ja  Nein
6. Fühlen Sie sich zur Zeit krank, sind Sie erkältet oder haben Sie Fieber?  
 Ja  Nein
7. Risikofaktoren:
 

Ich bin zuckerkrank	<input type="checkbox"/> Weiss es nicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich bin stark übergewichtig	<input type="checkbox"/> Weiss es nicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe zu hohe Blutfette (Cholesterin)	<input type="checkbox"/> Weiss es nicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ich habe einen zu hohen Blutdruck	<input type="checkbox"/> Weiss es nicht	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

Der/die Unterzeichnende bestätigt die Richtigkeit der obenstehenden Angaben, ist vollumfänglich über den Ablauf und die Durchführung der Tests informiert worden, und gibt seine/ihre Zustimmung zur kapillaren Blutentnahme an der Fingerkuppe oder Ohrläppchen.

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_