

Name: Vorname: Geb.

Anschrift:

Tel: Email:

EINGANGSFRAGEBOGEN

1. Sind Sie sportlich aktiv?

Nein Ja – wie oft x Woche min

Sportarten:

2. Welche Belastung tritt hauptsächlich im Alltag auf?

Sitzen Stehen abwechselnd viel Bewegung wenig Bewegung

3. Haben Sie z. Z. Schmerzen?

Nein Ja, in:

Beschreibung:

.....

4. Leiden Sie an:

Diabetes Rückenbeschwerden.....
 Bluthochdruck Herzproblemen
 Gicht Gelenkbeschwerden/ Arthrose
 Gleichgewichtsstörungen Osteoporose
 Rheuma Sonstige.....
 Asthma

5. Nehmen Sie Medikamente ein und wenn ja, welche?

Ja
.....

6. Warum nehmen Sie an diesem Kurs teil (Ziele/ Wünsche)?

.....
.....

Hiermit bestätige ich, dass ich auf eigene Verantwortung und unter eigenem Versicherungsschutz an diesem Kurs teilnehme.

Die Fragen habe ich vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet.

Ich bin mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner personenbezogenen Daten gemäß meiner datenschutzrechtlichen Einwilligungserklärung einverstanden.

Ort, Datum, Unterschrift

Viel Spaß in den weiteren Kursstunden!